

Innovazione chirurgica per il trattamento delle emorroidi

La malattia emorroidaria alcune volte può causare una sintomatologia così fastidiosa da compromettere l'esecuzione delle normali attività quotidiane. È solo in questo caso che si rende necessaria una cura medica o chirurgica. Il trattamento chirurgico deve essere preso in considerazione in presenza di una importante sintomatologia, che alteri la qualità della vita sia lavorativa che relazionale, e dopo adeguate indagini che escludano presenza di altre patologie

Claudio Pagano

Dirigente Medico, UOC di Chirurgia Generale, AO di Melegnano, Presidio Ospedaliero di Vizzolo Predabissi (Mi)

Fino alla fine del scorso millennio l'approccio chirurgico alla malattia emorroidaria si è limitato alla mera asportazione dei cuscinetti emorroidari con diverse metodiche (cauterio, bisturi a freddo, elettrobisturi, ultrasuoni, ecc.). Alla fine degli anni '90 i primi interventi per risolvere la patologia emorroidaria prevedevano l'asportazione del tessuto rettale prolapsato, permettendo così di riportare nella sede anatomica naturale i cuscinetti emorroidari. Questo con notevoli vantaggi sia funzionali che sintomatici. Infatti, lavorare sul tessuto rettale non provoca dolore perché non è innervato con fibre propriocettive. Inoltre, non rimuovendo tessuto sensibile anale, si evita l'incontinenza fecale provocata dalla riduzione della sensibilità; spesso, infatti, il paziente che ha subito un'escissione dei pacchetti emorroidari lamenta episodi di incontinenza a feci liquide quali quel-

le provocate da una gastroenterite. Sempre a metà degli anni '90 si dimostrava come fosse possibile curare la sintomatologia emorroidaria con la sola legatura doppler guidata delle arterie emorroidarie. Lo studio doppler dimostrava che le arterie emorroidarie sono mediamente 6 e che si può risolvere il problema con la semplice legatura eseguita anch'essa in sede rettale, sede non dolorosa. La tecnica è quasi esente da rischi, in quanto non prevede asportazione di tessuti. Purtroppo la sola legatura cura il sanguinamento ma non tutti gli altri sintomi provocati dal prolasso ed è quindi consigliata solo nei primi stadi di patologia (I-II grado). Una recente tecnica innovativa offre la possibilità di risolvere anche il prolasso senza asportare tessuti. La nuova metodica si chiama THD (*Transanal Hemorrhoidal Dearterialization*) e prevede la legatura dei 6 rami dell'arteria emorroidaria su-

Tabella 1

Approccio chirurgico THD (Transanal Hemorrhoidal Dearterialization)

DEARTERIALIZZAZIONE

Dopo legatura, la riduzione dell'afflusso di sangue determina il collasso del gavoccio. La ridotta tensione facilita la diminuzione delle emorroidi e la riduzione del prolasso

Le suture creano una fissazione mucosa

MUCOPESSIA

In caso di prolasso della mucosa rettale, una sutura continua distalmente alla legatura arteriosa permette di fissare il cuscinio emorroidario

periore con l'ausilio di un *device* munito di un doppler preciso ed una guida standardizzata dell'ago (*tabella 1*). Quando viene avvertita la presenza dell'arteria, questa si trova alla giusta distanza per essere catturata dall'ago. Il *device* permette quindi una sicura legatura dell'arteria, questo anche per evitare di tagliarla e provocare la formazione di ematomi che comprometterebbero la prosecuzione dell'intervento. Successivamente il tessuto rettale prolassato viene trattato con un filo in polietilenglicole, ponendo attenzione a non coinvolgere in profondità le fibre muscolari del retto e a rimanere al di sopra della linea pettinata, linea che demarca il tessuto anale (sensibile) da quello rettale (insensibile). Il processo di guarigione del tessuto prolassato avviene solo se si avvia la flogosi e il successivo riassorbimento del filo da parte dell'organismo (reazione da corpo estraneo). Questo provoca una fibrosi del tessuto che rimane tonico e stabile nel tempo.

A distanza di un anno dall'intervento non si osservano né cicatrici chirurgiche né presenza di malattia. La tecnica è gravata da un basso tasso di complicanze e garantisce ottimi risultati, anche se di non facile e rapida esecuzione; il trattamento può essere effettuato anche su recidive di altri trattamenti e teoricamente, se necessario, può essere ripetuto molteplici volte senza rischi chirurgici.

Nel periodo compreso tra gennaio 2009 e giugno 2012 presso l'AO di Melegnano sono stati trattati 259 pazienti (26 di II grado, 170 di III grado e 63 di IV grado), di cui 58 con emorroidi recidive (28 M.M. - 16 PPH - 14 STARR). La degenza postoperatoria è risultata in media

di 1 giornata (da un minimo di 5 ore ad una settimana di un paziente con ipertono anale e ragade anale postoperatoria, trattato con pomata all'estratto di *Ibiscus esculentus* idrolizzato). Per quanto riguarda le complicanze a distanza (entro 20 giorni) si devono segnalare 11 casi di tromboflebiti settoriali al margine anale (risolti con diosmina per os) e 7 casi di insorgenza di ragade anale (trattati con pomata all'estratto di *Ibiscus esculentus*). Non sono state osservate stenosi anale, ascessi e fistole (*tabella 2*).

Il dolore post-operatorio (*Visual Analogic Scale* 1-10) medio è stato di 3.8 nelle prime 24 ore per ridursi a 2.2 nella prima settimana e a 0.5 alla prima visita (dopo circa 20 giorni) (*tabella 3*). Per quanto riguarda i risultati a 3 mesi si è osservata una recidiva del prolasso parziale (da 1/6 ad 1/3 della circonferenza) in 4.2% (n=11) dei casi che è stata trattata ambulatorialmente (n=9) e con re-intervento THD a distanza di un anno (n=2).

Tabella 2

THD: percentuali di complicanze precoci e tardive

Precoci (0-3 giorni)

• Sanguinamento	0.3
• Tenesmo	34.5
• Ritenzione urinaria	24.3
• Incontinenza da urgenza	20.9
• Tromboflebite esterna	1.5

Tardive (1 mese)

• Tenesmo	2.4
• Ragade	1.3
• Incontinenza da urgenza	0
• Stenosi retto-anale	0
• Ascesso	0
• Fistola	0

Tabella 3

Dolore anale dopo THD (valori medi, VAS 1-10)

• 1-3 giorni	3.8
• 7 giorni	2.2
• 14 giorni	1.5
• 21 giorni	0.5
• 1 mese	0

Al controllo a 6 mesi i pazienti hanno sostanzialmente mantenuto i benefici dell'intervento; al controllo annuale si sono osservati 3 casi di ragade anale. A distanza di un anno i pazienti considerati esenti da sintomatologia emorroidaria (248/259) a 3 mesi hanno mantenuto il beneficio (assenza di sanguinamento o prurito) e non si sono osservate recidive del prolasso. Nei rari casi di recidiva, questa in genere è avvenuta nei primi due mesi, causata da rottura del filo o da erronea applicazione di pomate cortisoniche nel post-operatorio da parte dei pazienti. Ad oggi non si segnalano recidive oltre i 3 mesi necessari al riassorbimento del filo di sutura. La naturale degenerazione del connettivo non fa escludere che, anche dopo uso della tecnica THD, il paziente non possa riammalarsi in futuro ed è per tale motivo che è importante offrire un trattamento il più efficace e il meno traumatico possibile, con rischi di complicanze post-operatorie ridotti al minimo.

www.qr-link.it/video/0413



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code