

LA GESTIONE DELLE COMPLICANZE DOPO EMORROIDOPESSI CON SUTURATRICE CIRCOLARE

Filippo La Torre, Livia De Anna, Nikolaos Kapetanopoulos, Errico Orsi, Daniele Crocetti
Università degli studi di Roma "La Sapienza"; Policlinico Umberto I

Introduzione: La malattia emorroidaria costituisce una delle patologie proctologiche di più frequente riscontro. Si stima che circa il 50% della popolazione adulta e oltre il 50 % al di sopra dei 50 anni, nei paesi industrializzati, con uguale prevalenza tra il sesso maschile e femminile, soffra o abbia sofferto di sintomi legati alla patologia emorroidaria.

L' emorroidectomia secondo Milligan-Morgan è la tecnica chirurgica più ampiamente diffusa come trattamento delle emorroidi ed è attualmente considerata il "gold standard". Oggi esiste un'ampia gamma di opzioni terapeutiche che permettono di optare, a seconda della gravità della patologia e dei sintomi, per trattamenti di tipo medico, per trattamenti ambulatoriali, o ricorrere a opzioni chirurgiche alternative. L'emorroidopessi con stapler (ES) come trattamento alternativo alla emorroidectomia escissionale convenzionale è una tecnica non scevra di complicanze. *Pazienti e Metodi:* Sono stati studiati retrospettivamente 34 pazienti (16 uomini 47 %, dell'età media di 54.3 anni), osservati presso la nostra Unità di Colonproctologia dal Luglio 2005 a Luglio 2007 per la recrudescenza della malattia emorroidaria, dopo essersi stati sottoposti ad intervento di emorroidopessi con suturatrice circolare. Tutti i 34 pazienti (100%) accusavano tenesmo, dolore anorettale e prurito, mentre 31 pazienti (91 %) riferivano dolore durante la defecazione che si protraveva per alcune ore dopo, 27 pazienti (79.4 %) accusavano rettorragia, 18 pazienti (52.9%) accusavano prollasso emorroidario recidivo, 13 pazienti (38.3 %) accusavano incontinenza fecale di entità moderata, 9 pazienti (26.4 %) presentavano il cercine anastomotico in sede bassa (entro i 2 cm dalla linea pettinata), e 8 pazienti (23.5 %) presentavano il cercine anastomotico in sede alta (oltre i 2 cm). L' approccio preoperatorio consisteva nella raccolta di un' accurata anamnesi, con ispezione anale, RSCS o anoscopia, monometria anorettale, defecografia e RMN-pelvi. 22 pazienti (64.7 %) presentavano stenosi rettale alta o bassa. Venticinque pazienti (73.5%) presentavano ipertono anale (Pressione basale media tra i 65 e i 70 mmHg)

Risultati: I 22 pazienti (64.7 %) che presentavano stenosi rettale, alta o bassa, sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di plastica anorettale, tramite transezione bilaterale del cercine cicatriziale anastomotico. I punti metallici, quando presenti sono stati rimossi. Tutti i pazienti sono stati dimessi al secondo giorno nel post-operatorio. E' stato eseguito un follow-up a 7, 21 e 60 giorni. Diciannove pazienti (55.8%) hanno mostrato la remissione completa della malattia. 3 pazienti (8.8 %) necessitavano ulteriore rimozione dei punti metallici. Diciotto pazienti (52.9 %) sono stati sottoposti ad intervento di emorroidectomia secondo Miligan-Morgan a causa della malattie emorroidaria recidiva.

Conclusioni: La ES dovrebbe essere applicata ,secondo le linee guida della SICCR, soltanto per il trattamento delle emorroidi di III grado con prollasso mucoso e l' anastomosi deve essere effettuata ad almeno 2 cm dalla linea pettinata. I pazienti selezionati con corretta indicazione per sottoporsi a ES (inferiore al 50%) hanno mostrato recidiva della malattia a breve o a lungo termine (con rettorragia, substenosi e dolore anale persistente). Gli autori propongono la tecnica chirurgica originale di transezione profonda laterale, come trattamento della stenosi anale post ES.