

Trattamento chirurgico delle emorroidi

Riccardo Annibali

Proctologo, Milano

“Legare, tagliare, dilatare, magari congelare”: questo il titolo di un articolo apparso su Lancet alcuni anni or sono... Si hanno notizie di trattamenti per le emorroidi già nella cultura babilonese, egizia, greca e indù. Il Vecchio Testamento fa riferimento a persone affette da malattia emorroidaria: la loro condizione era tale che “I loro lamenti raggiungevano il Cielo”. E chi soffre di emorroidi ha un suo patrono, San Fiacrio. Ai tempi di Galeno, le emorroidi venivano chiamate “le vene dorate”. Questo soprannome nasceva dalle enormi quantità di denaro risparmiate in seguito a emorragie spontanee che consentivano di evitare le salate parcelle dei medici del tempo, per i quali i salassi erano la cura di molti disturbi. La terapia chirurgica è sempre stata un campo controverso, specialmente per quanto concerne i vantaggi e gli svantaggi delle varie modalità di trattamento. Dal momento che un chirurgo effettua in genere gli interventi con cui ha maggiore familiarità e che, secondo lui e nelle sue mani, danno i migliori risultati, i confronti tra le varie casistiche possono essere fuorvianti. Tuttavia, trattandosi di una patologia benigna, un intervento può essere considerato riuscito quando il paziente è soddisfatto dei risultati dell'operazione. Questo implica che è stata ristabilita una funzionalità normale, o quasi normale. In sostanza, il paziente dovrebbe non avere più la sensazione di “qualche cosa che non va in quella zona”. Una selezione coscienziosa e attenta, come pure una esecuzione tecnica impeccabile, sono requisiti essenziali per ogni intervento chirurgico. Le situazioni per cui il chirurgo può essere chiamato a intervenire possono essere dovute a uno stato di acuzie o a una malattia emorroidaria cronica ed evolutiva.

Attacco emorroidario acuto

I pazienti con una malattia emorroidaria acuta (o crisi emorroidaria) possono richiedere aiuto per il dolore, l'emorragia o per la debilitazione indotta dallo stato di acuzie.

Questa patologia si presenta con i caratteri della trombosi (e quindi essenzialmente del dolore), ma non necessita di alcuna terapia anticoagulante con derivati eparinici. La trombosi può coinvolgere l'intera circonferenza del margine anale, ma più spesso provoca un rigonfiamento emisferico su un punto del margine anale stesso. Il dolore in genere recede dopo 2 o 3 giorni, l'edema si risolve

in 7-10 giorni e il trombo generalmente si riassorbe nell'arco di diverse settimane. In genere, una terapia conservativa è indicata, almeno in fase iniziale.

Il trattamento chirurgico è complementare alla terapia medica, è semplice, e può essere messo in pratica da qualsiasi medico. Prima dell'intervento, sarebbe necessario valutare l'entità del disturbo, come pure si dovrebbero escludere altre patologie anali (soprattutto la trombosi emorroidaria interna). Si procede in anestesia locale dopo infiltrazione intra- e peri-trombotica dell'anestetico (es. xilocaina 1%) incidendo verticalmente la zona trombizzata al fine di favorire l'evacuazione del trombo, oppure si prevede all'excisi dell'intero nodulo. Quest'ultimo approccio è preferibile perché previene le recidive precoci, sempre possibili dopo la sola incisione, e anche la formazione di marischi come sequele dell'intervento. L'intervento si effettua con un bisturi monouso e l'aiuto di una pinza. L'emostasi può essere perfezionata con pressione digitale o l'elettrobisturi. La ferita può essere lasciata aperta o chiusa con punti di sutura. L'escissione del trombo in un periodo variabile dalle 24 alle 72 ore dall'insorgenza dei sintomi offre spesso un rapido sollievo dai disturbi. Il paziente dovrebbe essere reso consapevole del fatto che dopo 72 ore il fastidio legato all'intervento spesso supera il dolore dell'emorroide trombosa. Quindi, l'escissione è raccomandata soprattutto nei casi più gravi, con trombosi massive del plesso emorroidario esterno, o in caso di trombo parzialmente estruso. Oltre al normale trattamento locale della zona, si possono prescrivere comuni analgesici (ketoprofene, nimesulide, ecc.). La complicanza più frequente nel periodo postoperatorio è l'emorragia: quella precoce può essere risolta con una medicazione compressiva. Si può anche osservare occasionalmente un sanguinamento tardivo, soprattutto se la ferita è stata lasciata aperta. Rare invece le infezioni. Eventuali marischi cutanei e cicatrici aberranti possono comparire e vengono generalmente risolte successivamente con una escissione ambulatoriale. In uno studio retrospettivo su pazienti con trombosi emorroidaria esterna, la maggior parte dei pazienti che sono stati trattati in modo conservativo hanno osservato la risoluzione dei sintomi. Tuttavia, il periodo di recupero è più lungo, con alti tassi di recidiva e intervalli liberi più brevi, in confronto a quelli dei pazienti trattati con escissione chirurgica.

Trattamento della malattia emorroidaria cronica

Strutture anatomiche normali come le emorroidi interne debbono essere trattate solo se responsabili di manifestazioni patologiche. La richiesta al trattamento in genere viene dallo stesso paziente. I sintomi che possono portare a tale richiesta sono il prolasso emorroidario, il sanguinamento, o entrambi. Non bisogna mai dimenticare che la malattia emorroidaria è una situazione benigna, priva di rischi di mortalità; le emorroidi hanno un ruolo fisiologico nella continenza, in particolare dei gas e dei liquidi. Il trattamento deve quindi lasciare l'anatomia il più intatta possibile. Il trattamento chirurgico deve essere preso in considerazione solo in caso di insuccesso dei trattamenti medici e strumentali. Lo scopo del trattamento è di agire sulla eccessiva mobilità delle emorroidi e sulla fragilità della mucosa. Possiamo distinguere tra trattamenti parachirurgici riservati a una malattia emorroidaria poco sintomatica da interventi chirurgici veri e propri.

Trattamenti parachirurgici ambulatoriali

Si tratta di tecniche strumentali ambulatoriali eseguibili ambulatoriamente, con l'ausilio di un anoscopio. Trovano la loro indicazione nella malattia emorroidaria di 1° e di 2° grado e, occasionalmente, in casi di 3° grado paucisintomatici. Il loro scopo comune è quello di realizzare una limitata area di sclerosi nella porzione prossimale del gavocciolo mobile di tessuto emorroidario, con successiva aderenza della mucosa e della sottomucosa allo stato muscolare sottostante. Lo scopo non è dunque quello di distruggere le emorroidi, bensì piuttosto di riposizionarle all'interno del canale, riducendone le dimensioni e fissandole con una cicatrice fibrosa.

Questi metodi vanno quindi ad agire sulla causa effettiva della sintomatologia in modo che le emorroidi mantengano il loro ruolo fisiologico e siano protette dalle aggressioni meccaniche dovute al loro stiramento.

Scleroterapia

Il principio della scleroterapia è di realizzare una cicatrice fibrosa in seguito a una reazione infiammatoria indotta da varie sostanze: cloridrato di chinina e urea, fenolo al 5%, polidocanolo 0,5% o 1%, soluzioni saline ipertoniche. L'iniezione deve essere strettamente sottomucosa, viene effettuata, attraverso l'anoscopio proprio nel punto più alto dei gavoccioli emorroidari e deve essere indolore. Si possono verificare alcune complicanze:

- manifestazioni di intolleranza (debolezza, cefalea, vertigini). Se si verificano, occorre interrompere l'infiltrazione. Raramente può essere necessaria una iniezione sottocutanea di atropina;
- è possibile che si manifesti nei giorni successivi una sensazione di disagio (1 paziente su 3), anche se un dolore franco è raro. Può essere necessario ricorrere all'uso di analgesici;
- un sanguinamento può evidenziarsi: a) subito dopo l'iniezione: allora indica che si è lesa un vaso sottomucoso. Si può applicare una soluzione di adrenalina allo 0,1%; b) nei due giorni seguenti: non è necessario intervenire, ma bisogna avvertire il paziente di questa eventualità; c) 5-10 giorni dopo: molto spesso è dovuto a un'ulcerazione del punto di iniezione.

Solo in alcune circostanze è necessario un trattamento locale, come l'applicazione di adrenalina o la sutura;

- è possibile che si abbia resistenza alla iniezione quando in passato sono già state fatte altre iniezioni sclerosanti o nei casi di pregressa trombosi emorroidaria. È necessario allora cambiare punto di iniezione. Oppure se l'iniezione è troppo profonda bisogna allora ritirare l'ago.

Legatura elastica

In molti trial controllati, questa metodica rimane il trattamento di scelta per le emorroidi di 1° e di 2° grado. La metodica è particolarmente indicata nei casi di diabete severo o di sieropositività per HIV. L'intervento consiste nel posizionare un anello di gomma alla base dei gavoccioli emorroidari. La mucosa viene portata all'interno del cilindro per aspirazione o per trazione (legatore a pinza dentata). A questo punto si utilizza il cilindro mobile per spingere l'anello elastico e farlo scivolare dalla superficie esterna del cilindro a quella zona della mucosa che, sotto trazione, si è pedunculizzata all'interno del cilindro del legatore. La mucosa viene in tal modo "strangolata". Entro poche ore si ha la necrosi del tessuto emorroidario procdente, mentre lo strangolamento parziale dei vasi che irrorano le emorroidi fa sì che le dimensioni dei cuscinetti emorroidari si riducano e provoca una fibrosi che porterà a una salda adesione del plesso. In genere viene legato un solo gavocciolo per seduta, per minimizzare il discomfort postoperatorio. Tuttavia, è possibile effettuare anche più legature nella stessa seduta. Recentemente, si sta affermando, soprattutto negli Stati Uniti, il concetto di effettuare legature multiple (da 6 a 8) nella stessa seduta, dopo aver rilassato il muscolo sfintere con anestesia locale, per poter effettuare prese di tessuto più ampie nel trattamento di emorroidi importanti di 2° o 3° grado.

Dopo l'intervento di legatura elastica è necessario: a) non utilizzare aspirina per le prime due settimane (rischio di emorragia); b) non inserire nulla (supposte, termometri, clismi) nel canale anale per almeno un mese. Sono possibili alcune complicanze, quali lo scivolamento immediato della legatura elastica se la massa di tessuto è troppo piccola e allora l'anello di gomma tende a scivolare via, oppure se la massa è troppo voluminosa e quindi l'anello viene messo in eccessiva tensione e non riesce a costringere. Lo scivolamento della legatura è favorito da una precoce defecazione. Il dolore può essere immediato o nei giorni seguenti l'intervento. In caso di dolore si possono utilizzare analgesici comuni; se il dolore nelle prime 24 ore è intenso, o in caso di trombosi emorroidaria esterna secondaria, si può ricorrere ad antinfiammatori non steroidei. In genere è conseguente al non corretto posizionamento dell'elastico, troppo vicino o, addirittura, caudale rispetto alla linea dentata. In questi casi, è meglio rimuovere l'anello elastico immediatamente con l'uso di un bisturi. Se il dolore è a insorgenza tardiva, può essere indice di una complicanza infettiva. Si tratta di una evenienza molto rara (0,5% dei casi), tranne che nei casi di immunodeficienza (AIDS), e richiede un trattamento immediato con antibiotici ad ampio spettro. Un sanguinamento si verifica nel 2-6% dei casi, e il paziente deve esserne al corrente. In alcuni casi può essere necessario il ricovero o addirittura una emostasi chirurgica.

Crioterapia

Alcuni autori suggeriscono l'applicazione di una criosonda nel punto più alto del nodulo emorroidario, al fine di far aderire la mucosa in seguito alla cicatrizzazione dell'area di necrosi così prodotta. Negli anni '70 è stata declamata da molti chirurghi come un metodo dai risultati eccellenti, con poco dolore e poche complicanze. Si basa sul concetto che il congelamento a bassa temperatura può distruggere il tessuto emorroidario. La temperatura di congelamento si ottiene utilizzando uno speciale criobisturi attraverso cui viene fatto circolare ossido d'azoto a -70° o azoto liquido a -196° . Dopo il trattamento, una fastidiosa secrezione anale maleodorante è praticamente la regola. Il dolore è presente in un'alta percentuale di soggetti trattati (fino al 40%) e il tempo di guarigione è lungo. Il tasso di recidive a distanza può essere molto elevato (oltre il 30%). Inoltre, se la metodica non viene condotta più che accuratamente, la distruzione dello sfintere anale può causare una stenosi anale con conseguente incontinenza. Per questi motivi la crioterapia sta cadendo progressivamente in disuso, e dovrebbe essere abbandonata a favore delle altre tecniche, più sicure e meno traumatizzanti.

Fotocoagulazione con raggi infrarossi

Il principio è lo stesso della scleroterapia iniettiva. In questo caso la sclerosi viene ottenuta per effetto della cicatrizzazione di un'area controllata di coagulazione termica prodotta da una sonda a infrarossi. I raggi, applicati al vertice delle emorroidi, vengono trasformati in calore all'interno del tessuto emorroidario. La sonda ha una forma a pistola, e la sua punta viene applicata al tessuto, in prossimità della giunzione ano-rettale. La durata dell'esposizione è automatica e può essere variata da 0,5 a 2 secondi. In ogni seduta si realizzano 3 o 4 placche di coagulazione di circa 3 mm di diametro l'una. Le complicanze sono rare e il dolore è presente in meno del 5% dei casi. Il sanguinamento è possibile ma di solito non comporta particolari conseguenze. Il trattamento è comunque ripetibile.

Elettrocoagulazione

L'elettrocoagulazione bipolare (Bicap) opera attraverso l'applicazione locale di calore attraverso una sonda apposita. Analogamente alla fotocoagulazione, può essere effettuata da un singolo operatore senza la necessità di un assistente. Ha la stessa efficacia della fotocoagulazione.

L'elettrocoagulazione unipolare usa una corrente a basso voltaggio di ampiezza massima sopportabile che passa attraverso una sonda specifica. Il principale svantaggio è che richiede 10 minuti per l'effettivo trattamento di un singolo gavocciolo, che ne limita l'utilizzo nell'ambito di un attivo ambulatorio di proctologia. Risultati analoghi sono stati riportati con l'uso della elettrocoagulazione monopolare e bipolare.

Trattamenti chirurgici

L'emorroidectomia è una delle più antiche operazioni descritte. Ippocrate aveva già descritto un metodo per trattare questa patologia usando l'elettrocauterio.

In tempi moderni, l'indicazione alla chirurgia è riservata ai casi che rientrano nelle seguenti categorie:

- pazienti con emorroidi di 3° e 4° grado, con o senza componente esterna, con una sintomatologia significativa (anche se, in casi selezionati, possono essere inclusi anche i casi di 2° grado con importante sanguinamento);
- pazienti in cui non hanno avuto successo le tecniche parachirurgiche;
- pazienti con una malattia emorroidaria sintomatica associata con altre condizioni anali benigne, quali fistole, ragadi, papille ipertrofiche o stenosi;
- pazienti che richiedono direttamente l'intervento invece di un trattamento parachirurgico, dopo un adeguato consulto chirurgico.

La percentuale di pazienti affetti da emorroidi che richiedono un intervento chirurgico varia dal 5 al 10%. L'emorroidectomia può essere effettuata generalmente in regime ambulatoriale e di day hospital e non è di solito necessario il ricovero ospedaliero. Lo scopo è di rimuovere o distruggere il tessuto emorroidario. L'intervento chirurgico asporta non solo il plesso emorroidario interno ma anche quello esterno.

Emorroidectomia

Emorroidectomia con tecnica di escissione/legatura o emorroidectomia aperta

La tecnica aperta è stata ideata da Salmon, il fondatore del St. Mark's Hospital di Londra, e successivamente modificata e divulgata dal Milligan e Morgan. Viene generalmente eseguita in posizione litotomica e prevede l'escissione di 3 o 4 pacchetti emorroidari a partire dal margine anale. Il canale anale viene dilatato gentilmente con due dita e delle pinze vengono applicate sulla cute perianale in prossimità della giunzione cutaneo-mucosa a livello di ogni gavocciolo principale. Mentre la componente interna viene estroflessa, una seconda pinza viene posizionata sulla massa emorroidaria per creare il "triangolo di esposizione". L'emorroide viene asportata dal muscolo sottostante fino alla parte alta del canale anale (peduncolo), dove viene legata prima della sua exeresi. Il resto della ferita è lasciato aperto e tra ogni incisione chirurgica viene lasciato in sede un ponte cutaneo-mucoso, privo di sottomucosa e dei vasi sottocutanei. Ogni gavocciolo viene asportato in questo modo e, al termine, si applica una medicazione leggera di garza. È la tecnica più diffusa in Gran Bretagna e in altre parti del mondo.

Emorroidectomia chiusa

Descritta in origine da Fansler nel 1931, ma più conosciuta con il nome di Ferguson, prevede una dissezione intra-anale condotta in modo anatomico. Eseguita generalmente in posizione prona con l'ausilio di un particolare dilatatore, largo 3 cm e lungo 7 cm, inizia con una incisione ellittica della cute perianale e procede con l'asportazione completa del plesso emorroidario esterno e di quello interno fino all'apice del canale anale nelle sedi abituali, senza la necessità di dover effettuare una trazione del peduncolo verso l'ano per poterlo legare. Questo garantisce una buona radicalità e minimizza la possibilità di recidive. Non viene eseguita alcuna legatura dei gavoccioli (che può contribuire al dolore postoperatorio), e le ferite vengono chiuse con una sutura continua in materiale rias-

sorbibile. La sutura completa delle ferite garantisce una emostasi accurata e consente di evitare l'uso di tamponi anali, anche questi responsabili di dolore nel dopo-intervento. La completa guarigione delle ferite avviene in tempi rapidi (inferiori alle due settimane), e si osserva una più rapida ripresa dell'attività lavorativa (8-10 giorni in media). L'intervento viene eseguito completamente in anestesia locale, con particolari accorgimenti mirati a prolungare l'effetto antidolorifico anche nel postoperatorio; poiché l'anestetico iniettato rimane attivo per circa 4-6 ore, il paziente operato non accusa il dolore acuto, tipico del risveglio dopo l'anestesia generale, ed è in grado di alzarsi dal letto dopo circa un'ora dall'intervento e di alimentarsi regolarmente. È la tecnica maggiormente eseguita negli Stati Uniti, e anche la mia preferita, avendola eseguita in oltre 2000 casi con grande soddisfazione personale.

Emorroidectomia sottomucosa

L'emorroidectomia sottomucosa, come descritta da Parks, consiste di incisioni intra-anali direttamente sopra ciascun gavocciolo emorroidario. Si creano dei lembi mucosi a lato di ciascuna incisione e il tessuto emorroidario sottostante viene asportato. I lembi vengono approssimati con una sutura priva di tensione al termine dell'operazione. La particolarità di questa operazione è che l'anoderma non viene asportato insieme al tessuto emorroidario. La procedura non è attualmente molto utilizzata, sia perché non è di facile esecuzione, sia perché non rimuove i pacchetti emorroidari esterni.

L'*intervento di Whitehead* (modificato) viene adottato generalmente solo nei casi di voluminose emorroidi estese circonfenziali intorno al margine anale. Consiste nel preparare dei lembi cutaneo-mucosi in ciascuno dei quattro quadranti anali, ripulendo il lembo cutaneo del plesso emorroidario esterno dilatato e asportando il tratto di lembo mucoso contenente il plesso emorroidario interno. Viene quindi ristabilita la continuità cutaneo-mucosa con punti di sutura. È una tecnica non facile che richiede una profonda conoscenza dell'anatomia del canale anale; se correttamente eseguita nelle sue modifiche, tuttavia, offre ottimi risultati nei casi (per la verità non molto numerosi) in cui è indicata. Nella versione modificata sono infatti molto ridotte, rispetto alla metodica originale di Whitehead, le complicanze (stenosi e il cosiddetto "ano umido") che ne limitavano considerevolmente l'impiego.

Emorroidectomia con Ultracision o Ligasure

L'escissione del tessuto emorroidario può essere ottenuta anche con nuove fonti di energia. Lo Scalpello Armonico (Ethicon EndoSurgery) utilizza onde ultrasoniche che consentono il taglio e la coagulazione del tessuto emorroidario a basse temperature in un punto specifico, con effetto termico laterale ridotto.

L'utilizzo del sistema di coagulazione vascolare LigaSure (Valleylab, Covidien) per l'asportazione delle emorroidi è una tecnica relativamente recente, che usa uno strumento elettrotermico bipolare. L'utilizzo di questi strumenti dovrebbe teoricamente minimizzare i danni alle strutture adiacenti, causando meno fastidio e una guarigione più rapida, e possono essere utilizzati sia per realizzare una emorroidectomia aperta sia per eseguire quella chiusa. Tale presupposto è stato confermato da alcuni studi, ma in altri l'Ul-

tracision e il Ligasure non hanno evidenziato vantaggi rispetto alla emorroidectomia aperta o chiusa per quanto riguarda il dolore postoperatorio, l'incontinenza fecale, il tempo operatorio, la qualità della vita o altre complicanze. In compenso, l'uso di questi dispositivi comporta un aumento di costo operatorio di circa €300 per l'Ultracision e di € 100 per il manipolo del Ligasure.

Emorroidectomia con laser

Il laser Nd:Yag e quello a CO₂, utilizzati talvolta per il trattamento di polipi e del carcinoma rettale, sono stati anche usati per eseguire l'emorroidectomia, anche se le notizie in letteratura riguardo a questo metodo sono scarse. I sostenitori di questa metodica suggeriscono, in studi non controllati e quindi impossibili da confrontare con le tecniche classiche, che il laser offre un controllo più preciso sulla distruzione tessutale, con un trauma inferiore che risulta in una minor cicatrizzazione, una guarigione più rapida e minor dolore per il paziente. Tuttavia, i pochissimi trial randomizzati comparativi non confermano una superiorità del laser rispetto alle metodiche tradizionali, ma evidenziano un aumento dei costi della procedura di circa € 400.

Le complicanze dell'emorroidectomia si distinguono in precoci e tardive.

Le precoci sono:

- il sanguinamento post-operatorio, che può essere il risultato di un disturbo della coagulazione (dovrebbe essere stato scoperto prima dell'intervento!) o di un insolito abbondante sanguinamento della mucosa. Qualche minuto di compressione del margine anale è in molti casi sufficiente a risolvere il problema. Se invece consegue al cedimento di una sutura può provocare una emorragia che necessita una emostasi chirurgica;
- la ritenzione urinaria è un'eventualità sempre possibile nella chirurgia proctologica, talvolta favorita dalla anestesia spinale o dalla ipertrofia prostatica. Sono possibili anche situazioni di stipsi riflessa o di compressione dovuta alle masse fecali.

Le complicanze tardive possono essere:

- il sanguinamento tardivo, dovuto all'eliminazione del tessuto necrotico dopo 5-7 giorni. Può provocare un sanguinamento di cui il paziente deve essere informato e raramente si tratta di emorragie imponenti;
- eventuali ascessi della fossa ischiorettale o fistole perianali;
- un ritardo di cicatrizzazione, possibile in presenza di particolari situazioni di base, come il diabete e l'AIDS. Un ritardo di cicatrizzazione si può avere anche se il trattamento locale non è sufficiente, il che può portare alla formazione di cicatrici ipertrofiche non dolenti. In alcuni casi può essere necessario applicare sulla ferita del nitrato d'argento;
- una ragade anale postoperatoria. Di solito è una ragade posteriore, che deve essere trattata con terapia medica e, solo in caso di fallimento di questa, con una sfinterotomia laterale interna;
- una stenosi post-operatoria: la si può prevenire con una corretta asportazione della giusta quantità di tessuto emorroidario e con la normalizzazione della funzione intestinale. In alcuni casi, nelle fasi iniziali può essere necessario ricorrere alla dilatazione strumentale. Se la stenosi è sintomatica può essere necessario ricorrere a un intervento di anoplastica;

- la ridotta continenza fecale è evitabile sia escludendo quelle tecniche che distruggono la mucosa sensitiva del canale anale, sia diagnosticando in fase pre-operatoria i disturbi della funzionalità perineale, ed evitando la sfinterotomia interna di routine;
- le recidive sono un'eventualità possibile ma rara, che può essere controllata con i metodi strumentali descritti;
- le marishe anali sono l'eccedenza di tessuto cutaneo che dovrebbe essere rimossa in fase operatoria.

Correzione del prolasso muco-emorroidario

Emorroidopessi o mucoprolassectomia con suturatrice meccanica circolare (PPH)

L'emorroidopessia o mucoprolassectomia è una tecnica proposta da Longo nel 1995. Si fonda sul concetto che la malattia emorroidaria sarebbe dovuta alla protrusione dei cuscinetti emorroidari causata da una mucosa rettale lassa e ridondante, mentre l'istologia delle emorroidi interne sarebbe sostanzialmente normale. L'obiettivo di questa tecnica non è sostanzialmente diverso da quello della legatura elastica, dove viene legata la mucosa in eccesso all'apice dei gavoccioli emorroidari. L'emorroidopessi asporta una maggiore quantità di tessuto prolassato e dovrebbe essere utilizzata nei casi di 3° grado o di 4° grado riducibili, per i quali la legatura elastica non è indicata. La tecnica prevede l'impiego di una suturatrice meccanica circolare del diametro di 33 mm, si confeziona una borsa di tabacco nel canale anale, a una distanza variabile dai 4 ai 6 cm dalla linea dentata, comprendente la mucosa e la sottomucosa. La suturatrice viene inserita per via transanale e la borsa di tabacco suturata intorno all'asta dell'incudine. A questo punto l'incudine viene approssimata al corpo macchina e si aziona un dispositivo che causa la fuoriuscita di una lama circolare in grado di asportare una "ciambella" di tessuto mucoso e sottomucoso ridondante prossimale ai gavoccioli emorroidari. Contemporaneamente, il difetto nella mucosa viene chiuso dalla simultanea applicazione di agraphes, che contribuiscono anche a fissare la mucosa alla parete rettale. In questo modo, sarebbe anche interrotto il supporto arterioso proveniente dall'arteria emorroidaria superiore che alimenta i gavoccioli emorroidari. Studi iniziali non randomizzati avevano riportato che l'emorroidopessi con suturatrice era associata a un minor dolore postoperatorio e a una ripresa più rapida rispetto all'emorroidectomia tradizionale. Una meta-analisi iniziale che comprendeva 1077 pazienti aveva raggiunto conclusioni simili. Tuttavia, una recente revisione della Cochrane Library su 6 trial randomizzati comprendenti 628 pazienti con follow-up superiore a un anno ha dimostrato che non vi sono differenze significative tra l'emorroidopessi con suturatrice e l'emorroidectomia tradizionale in termini di dolore, prurito, urgenza, mentre ha accertato un tasso di recidive a lungo termine più elevato per l'emorroidopessi con suturatrice. Anche se l'incidenza complessiva di complicanze tra le due classi di intervento è paragonabile (20,2% per la suturatrice contro il 25,2% per gli interventi tradizionali), l'emorroidopessi comporta complicanze uniche e a volte gravi: a) anche se uno dei vantaggi della tecnica PPH è il minor dolore postoperatorio, l'intervento può risultare doloroso per la comparsa di una trombosi

acuta del tessuto emorroidario residuo. Altre possibili spiegazioni del dolore sono il posizionamento delle agraphes troppo vicino alla linea dentata, oppure un posizionamento incorretto della borsa di tabacco, con inclusione di parte delle fibre e delle terminazioni nervose della parete rettale; b) il sanguinamento arterioso lungo la linea di sutura subito dopo l'estruzione delle agraphes può essere corretto con punti emostatici. Se si verifica però dopo che il paziente ha lasciato la sala operatoria, e se non è possibile identificare l'origine alla anosopia (che il paziente potrebbe non tollerare) è necessaria una revisione sotto anestesia; c) la ritenzione urinaria è possibile, in modo analogo alle procedure tradizionali; d) come detto, la tecnica PPH ha presentato complicanze uniche e potenzialmente gravi, quali la perforazione rettale, la deiscenza anatomica, la sepsi retroperitoneale, il retroperitoneo, la stenosi rettale, l'occlusione rettale, fistole retto-vaginali. Un limite di questa tecnica è l'impossibilità di trattare altre patologie anali concomitanti, quali ragadi, fistole, marishe, ecc., a meno che il paziente non venga preventivamente informato della necessità di ulteriori incisioni.

Metodo THD

La dearterializzazione emorroidaria transanale: questa tecnica di chirurgia per le emorroidi utilizza un apposito proctoscopio e una sonda Doppler che consentono la localizzazione dei rami terminali dell'arteria rettale superiore e la loro successiva legatura con punti di sutura. In caso di prolasso, alla legatura dei rami dell'arteria rettale superiore si associa una pessia, ovvero il riposizionamento della mucosa nella sua sede naturale. Al momento, sono necessari ulteriori studi comparativi con gli altri metodi di terapia per le emorroidi con più lunghi periodi di follow-up prima di porre delle indicazioni specifiche per questa tecnica.

Conclusioni

La revisione delle più recenti meta-analisi ci aiuta a porre delle indicazioni abbastanza precise:

- non ci sono differenze statisticamente significative tra emorroidectomia con tecnica aperta o chiusa;
- i pazienti trattati con emorroidectomia hanno avuto risultati migliori rispetto a quelli trattati con legatura elastica, anche se le complicanze e il dolore postoperatorio sono maggiori nei pazienti trattati con emorroidectomia;
- la legatura elastica è più efficace della scleroterapia e della fotocoagulazione con i raggi infrarossi, senza comportare un aumento di complicanze;
- la legatura elastica può essere raccomandata come il primo livello di trattamento per la malattia emorroidaria di 1° e 2° grado, come pure per il 3° grado iniziale e non complicato;
- l'emorroidopessi con suturatrice sembra causare meno dolore rispetto alla emorroidectomia tradizionale, pur presentando un tasso di complicanze sovrapponibile. Tuttavia, le complicanze dell'emorroidopessi con suturatrice possono essere uniche, particolari e potenzialmente più gravi, e il tasso di recidive a lungo termine è più elevato.