

MALATTIA EMORROIDARIA E CHIRURGIA

Opuscolo informativo per il paziente in cui è indicata una soluzione chirurgica

Lo sfintere anale ed il plesso emorroidario garantiscono insieme la chiusura dell'ano. In condizioni normali, il plesso emorroidario, che è formato da un intreccio di vasi sanguigni, chiude in alto l'orifizio anale. Le emorroidi diventano patologiche quando prolassano nel canale anale e/o fuori dall'ano.

Il prollasso emorroidario può provocare disturbi importanti come dolore legato a complicanze, sanguinamento per la loro rottura, infiammazione, formazione di un coagulo all'interno (trombosi), fuoriuscita temporanea o permanente all'esterno del canale anale. A seconda dell'entità del prollasso, le emorroidi vengono classificate in 4 gradi.

Per trattare la malattia di basso grado (primo e secondo), in cui le emorroidi non sono visibili o si rendono visibili all'esterno del canale anale solo durante lo sforzo della defecazione, può essere indicata per esempio una terapia con iniezioni sclerosanti, la legatura dei noduli con degli elastici o la legatura arteriosa sotto guida doppler (HAL); è recente l'introduzione dell'utilizzo del Laser per la legatura arteriosa. Talvolta nel secondo grado può essere necessario l'intervento chirurgico qualora i metodi conservativi abbiano fallito.

In caso di emorroidi di terzo grado (in cui i gavoccioli emorroidali fuoriusciti dall'ano possono essere rimessi nel canale anale o nel retto con una manovra manuale o risalgono da soli molto lentamente e dopo alcune ore) o di quarto grado (i gavoccioli fuoriusciti restano in maniera permanente fuori dall'ano), è indicato un intervento chirurgico.

Nel caso in cui le emorroidi che Le sono state diagnosticate necessitano di un trattamento chirurgico (II° refrattario alla terapia conservativa, III° e IV° grado), la migliore valutazione della malattia delle emorroidi viene effettuata durante l'anestesia, in quanto il rilasciamento muscolare indotto consente di meglio comprendere l'entità e il tipo di prollasso muco-emorroidario.

Abbiamo quindi diverse possibilità dipendenti dal quadro clinico osservato:

- Eseguire un intervento di asportazioni delle emorroidi (emorroidectomia)
- Nel caso di prollasso mucoso rettale circolare che accompagna il prollasso emorroidario, possiamo porre indicazione ad un intervento di prolassectomia secondo Longo, con suturatrice automatica.
- Eseguire un intervento combinato di prolassectomia associato ad asportazione di gavoccioli/noduli emorroidari
- Nel caso di un significativo prollasso circolare interno del retto, che accompagna la malattia emorroidaria, possiamo porre indicazione ad un intervento di resezione dello stesso prollasso interno, con due suturatrici automatiche, con lo scopo di ridurre in maniera più significativa la quantità di prollasso.

Intervento di Asportazione delle Emorroidi (Emorroidectomia)

In anestesia generale, loco-regionale o anche solo con una infiltrazione locale di anestetico, si procede all'asportazione dei noduli/gavoccioli emorroidari dopo aver legato o coagolato il peduncolo con il vaso sanguigno che rifornisce lo stesso nodulo. La mucosa e i vasi del plesso emorroidario tra i singoli noduli/gavoccioli (ponti mucosi) vengono risparmiati con grande cura.

La ferita chirurgica può essere lasciata aperta o suturata. Tale decisione finale sulla procedura viene spesso presa durante l'atto chirurgico.

In caso di emorroidi molto pronunciate può essere vantaggioso asportare con una prima operazione i noduli/gavoccioli più grandi e, dopo la completa guarigione della ferita (a distanza di diversi mesi o anche anni), eseguire un secondo intervento sui rimanenti noduli. In questo modo si riduce il rischio di complicanze.

Tale soluzione chirurgica viene in genere eseguita in pazienti con malattia emorroidaria di IV grado, in cui una esuberante componente esterna pone dubbi sull'efficacia di altre tipologie di interventi eseguiti con lo scopo di ridurre il prollasso.

Intervento di Prolassectomia con l'ausilio di Stapler Circolare (intervento secondo Longo)

In anestesia generale o loco-regionale o locale, si posiziona, dilatandolo, nel canale anale uno speculum; tale strumento viene introdotto fino alla porzione inferiore del retto. La mucosa rettale, al di sopra dei noduli emorroidali prollassati, viene accorciata utilizzando una sutura con una suturatrice (stapler) introdotto nel canale anale. Spesso la resezione interessa anche fibre muscolari.

Accorciando, quindi, la mucosa endorettale, si provvede a riportare le emorroidi, che si erano portate all'altezza dell'ano, all'estremità inferiore del retto, loro sede naturale.

Un vantaggio importante della tecnica descritta è lo "spostamento" della sede dell'intervento dalla regione anale, molto sensibile al dolore, al retto, praticamente sprovvisto di sensibilità dolorifica.

L'eliminazione del manicotto di mucosa, inoltre, riduce l'afflusso di sangue alla mucosa intestinale e, di conseguenza, ai noduli/gavoccioli emorroidali, determinandone la loro riduzione di volume.

I punti metallici in titanio applicati con lo stapler cadono generalmente da soli dopo alcune settimane e vengono eliminati con la defecazione. Talora restano in sede per molto tempo, solitamente senza particolari problemi (se necessario si possono rimuovere ambulatorialmente).

Qualora il prollasso mucoemorroidario fosse accompagnato da prollasso rettale interno più pronunciato, si può rendere necessaria una resezione maggiore, che andrà ad interessare, oltre alla mucosa, anche un tratto di retto, tale resezione si effettua sempre per via transanale, attraverso l'utilizzo di due suturatrici.

Quali Complicanze possono insorgere dopo gli interventi per Malattia Emorroidaria ?

Da alcune ore fino ad alcuni giorni dopo l'intervento possono manifestarsi senso di pressione nella regione anale, bisogno urgente di defecare e/o dolore intenso o bruciore. Un eventuale gonfiore della regione anale, scompare in genere da solo.

Lesioni dello sfintere anale o rottura della parete del retto provocate dagli strumenti chirurgici o dallo stapler sono evenienze molto rare.

E' possibile che una temporanea difficoltà di urinare richieda l'inserimento di un catetere vescicale. Occasionalmente possono comparire modesti sanguinamenti dalla sutura. Forti emorragie che richiedono un intervento chirurgico o una trasfusione di sangue sono rare; possono tuttavia manifestarsi anche dopo due o tre settimane dall'intervento. Raramente dei coaguli localizzati sotto la cute prossima al canale anale o internamente al canale ano-rettale, possono essere all'origine di "Ematomi postoperatori" o di "trombosi emorroidaria"; quest'evenienza è in genere molto dolorosa, e può essere eliminata con una terapia medica conservativa oppure con un piccolo intervento.

Infezioni della sutura chirurgica vengono trattate con una terapia antibiotica. Molto raramente tuttavia si verificano infezioni gravi del retto o del bacino che richiedono un trattamento chirurgico.

Infezioni con il rischio dello sviluppo di fistole o di ulcerazioni (ragadi anali) possono richiedere un trattamento medico e più raramente un intervento chirurgico.

Relativamente frequente è la cosiddetta "stress incontinenza" che si manifesta come una necessità affannosa di cercare un WC, per una difficoltà, in genere transitoria, di non essere in grado di trattenere le feci, quando si avverte lo stimolo. Questo disturbo non ha niente a che vedere con la funzione dello sfintere anale e guarisce generalmente da solo in un periodo variabile da alcune settimane ad alcuni mesi. Lo spostamento della mucosa accorcia il retto al di sopra del canale anale e ne riduce la capacità, per cui, lo stimolo della defecazione può essere più frequente e fastidioso.

Eccezionalmente si può verificare un restringimento del retto che può necessitare di dilatazioni o di un ulteriore intervento chirurgico.

I punti metallici della suturatrice possono talvolta permanere per molto tempo nel retto, con la formazione di granulomi, talora dolorosi, che ne richiedono l'asportazione.

Complicanze molto più rare possono essere: dolore postoperatorio prolungato, incontinenza fecale completa, ematoma con o senza suppurazione, fistola retto-vaginale, sepsi pelvica, retropneumoperitoneo, chiusura del retto.

Eccezionalmente può essere previsto un intervento contemporaneo o successivo addominale che comporta la confezione di una stomia (ano artificiale); tale evenienza è generalmente necessaria a seguito di gravi complicanze (alcuni casi descritti in letteratura).

Come in ogni intervento chirurgico, si possono formare dei coaguli nei grandi vasi venosi (trombosi) che staccandosi dalla parete vascolare possono andare ad ostruire un vaso sanguigno (embolia). Come misura preventiva in casi selezionati, si può procedere alla somministrazione di anticoagulanti che però può causare una maggiore tendenza al sanguinamento.

Danni da compressione a nervi e parti molli con conseguenti disturbi della sensibilità possono verificarsi a causa della posizione durante l'intervento, così come danni cutanei o di altri tessuti causati dalla corrente elettrica (bisturi elettrico), dal calore e/o dai disinfettanti; tali danni solitamente regrediscono spontaneamente. Singoli casi possono richiedere un trattamento più prolungato. Non sempre si riesce a ripristinare una completa funzionalità nervosa. Talvolta possono residuare delle cicatrici permanenti.

In caso di allergie o di ipersensibilità possono manifestarsi effetti di solito transitori come: gonfiori, prurito, starnuti, eruzioni cutanee, capogiri con vomito ed altre lievi reazioni. Complicanze molto serie che possono compromettere le funzioni vitali e danni permanenti sono molto rari.

Anche misure di preparazione concomitanti o successive non sono tuttavia prive di rischi. Infusioni o iniezioni possono causare danni locali a tessuti.

Nella trasfusione di sangue di donatori o di parti di esso non si può escludere in assoluto la trasmissione di un'infezione, p.es. molto raramente con il virus dell'epatite e, in casi estremamente rari, con il virus dell'HIV. Tuttavia si fa di tutto per limitare al minimo il possibile rischio residuo. Allo stato attuale non è chiaro se la BSE o la nuova variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob, possa essere trasmessa attraverso i prodotti ematici.

In sintesi le possibili complicanze:

Relativamente più frequenti:

- 1) sanguinamento post operatorio precoce (entro 12/24 ore dall'intervento). Potrebbe rendersi necessario un ritorno in sala operatoria per effettuare l'emostasi.
- 2) sanguinamento post operatorio tardivo (generalmente fino a 15 giorni dall'intervento). Potrebbe rendersi necessario un ritorno in sala operatoria per effettuare l'emostasi.
- 3) dolore postoperatorio. In genere controllabile con comuni analgesici.
- 4) lieve incontinenza per i primi giorni.
- 5) ritenzione di urina (potrebbe rendersi necessaria l'applicazione di un catetere urinario nelle prime 12/24 ore dall'intervento).
- 6) permanenza delle agrafes metalliche all'interno del canale anale per più di un mese.

Complicanze molto più rare ma descritte possono essere:

- suppurazione
- dolore postoperatorio prolungato
- recidiva emorroidaria
- stenosi
- incontinenza parziale o completa (maggiore possibilità negli interventi per fistola anale)
- ematoma
- perforazione retto
- fistola retto-vaginale
- sepsi pelvica
- pneumoretroperitoneo

ad ogni intervento chirurgico possono seguire complicanze generiche quali: sezione e lesione di vasi e nervi, broncopolmoniti, infezioni alle vie urinarie, flebiti e trombosi con possibili embolie, insufficienze respiratorie e/o cardiocircolatorie, decesso.

Si ricorda infine che in Chirurgia, in genere, per qualsiasi intervento **“NON esiste garanzia sul risultato finale!”**