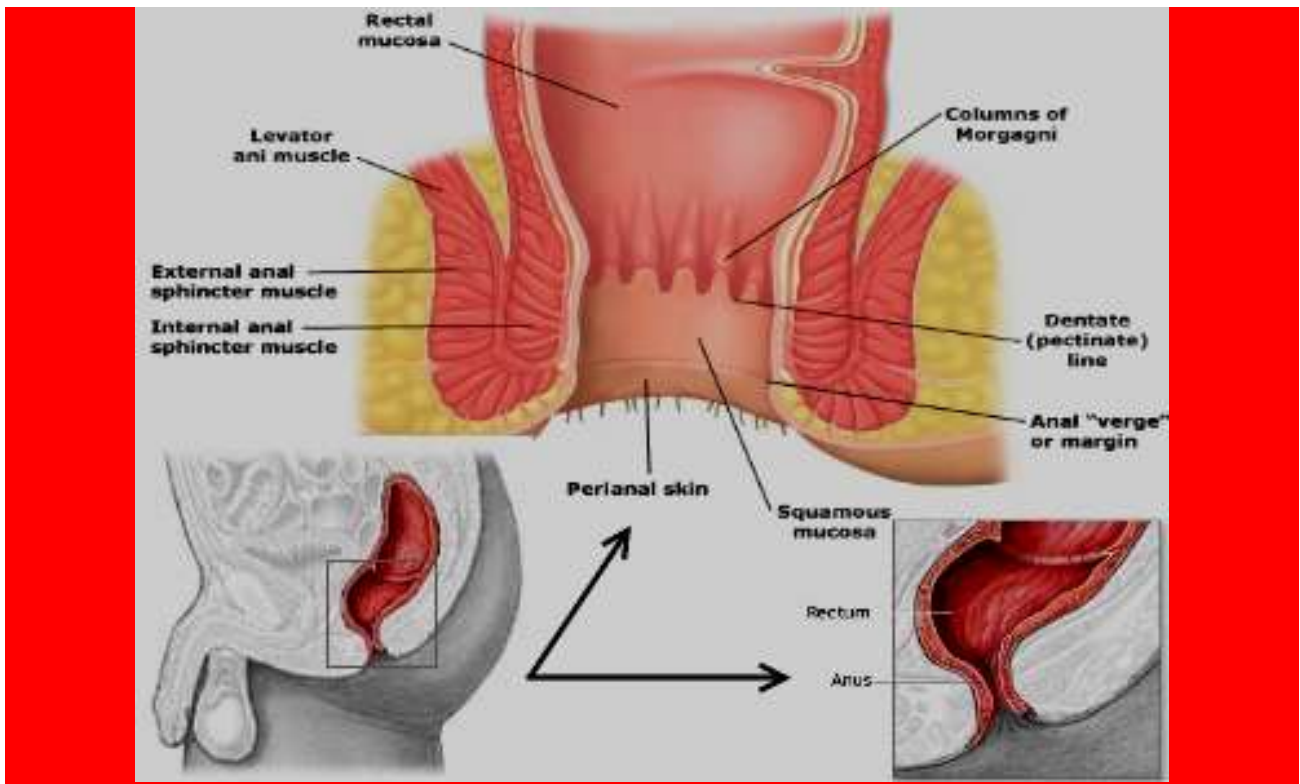


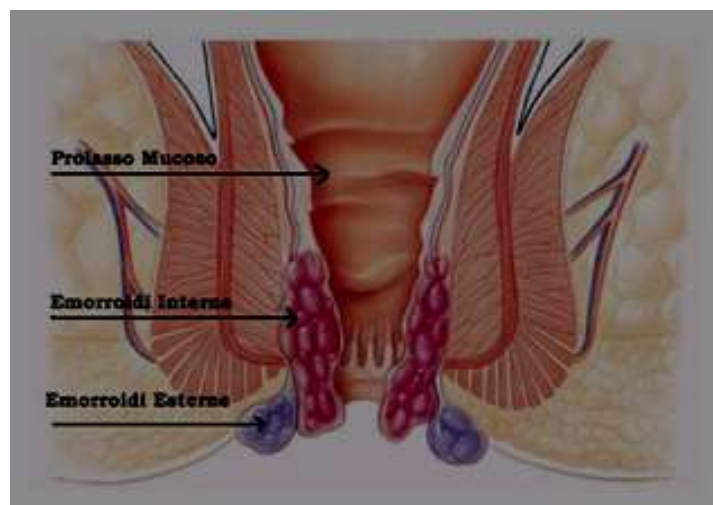
EMORROIDI

Le emorroidi sono strutture vascolari del canale anale che giocano un importante ruolo nel mantenimento della continenza fecale

L'ANATOMIA



LA PATOLOGIA EMORROIDARIA



“Dilatazione varicosa delle vene dell'ano che danno luogo a noduli e sono causa di vari disturbi”

I fattori di rischio:

La causa esatta delle emorroidi sintomatiche è sconosciuta

- ↑ pressione intra-addominale (sforzo prolungato, ascite, massa intra-addominale gravidanza)
- mancanza di esercizio fisico
- invecchiamento.
- obesità,
- prolungata posizione seduta
- assenza di valvole all'interno delle vene emorroidarie
- tosse cronica
- disfunzione del pavimento pelvico
- Stipsi (defecazione di feci dure)
- altre alterazioni del ritmo intestinale (diarrea)
- genetica
- dieta povera di fibre e ricca di cioccolato, caffè, peperoncino, vino rosso
- gravidanza (pressione del feto e cambiamenti ormonali causano l'ingrandimento dei vasi emorroidari)
- sport effettuati in posizione seduta, soprattutto in presenza di vibrazioni o scotimenti, come il ciclismo, motociclismo, equitazione, sollevamento pesi

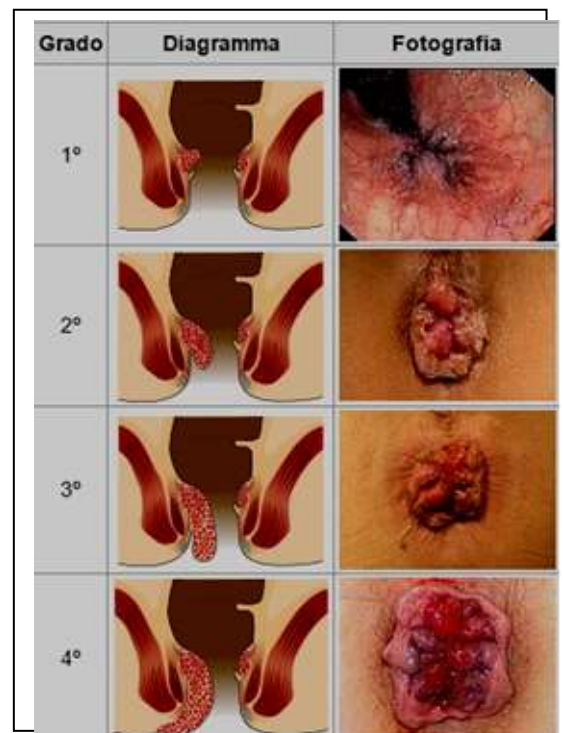


SEGNI E SINTOMI

- dolore
- prurito\discomfort anale
- ematochezia
- incontinenza fecale
- anemia
- emorragia

CLASSIFICAZIONE:

- **Grado I:** interne, non prollasso. Possono sanguinare ma, generalmente, non provocano dolore.
- **Grado II:** Aumento di volume, tendono a prollassare. Si riducono e rientrano spontaneamente.
- **Grado III:** Prollasso spontaneo all'esterno. Richiede riduzione manuale.
- **Grado IV:** Prollasso stabile all'esterno che non può essere ridotto manualmente.



DIETA

- abbondante apporto idrico (2 litri\die)
- dieta ricca di fibre
- astensione da alcuni alimenti (caffè, peperoncino, cibi speziati, cioccolato,...)

TERAPIA MEDICA

somministrazione locale di farmaci ad azione terapeutica sfiammante:

anestetici locali

- Benzocaina, Lidocaina (Luan): crema nella regione perianale dopo detersione accurata della zona,
- Dibucaina (es. Nupercainal): farmaco di seconda scelta, viene utilizzato anche per il trattamento del prurito anale
- Pramoxina cloridrato (es. Tronotene)

steroidi (azione antinfiammatoria, velocizza la guarigione dalle emorroidi): supposta, schiuma, gel

- Idrocortisone (es. *Proctosedyl*): rappresenta il farmaco corticosteroide più utilizzato. supposta di idrocortisone per via rettale (25 mg di farmaco), una o due volte al dì, dopo l'evacuazione.
- Fluocinolone (es. Proctolyn): disponibile sottoforma di crema rettale e di supposte. Si raccomanda di applicare il prodotto 1-2 volte al giorno, per circa un mese. Consultare il medico.
- Fluocortolone (es. Ultraproct): reperibile come supposta o unguento rettale.

FANS

- **Mesalazina** (pentacol) gel\supposta rettale 500 mg (esiste anche in compresse)

Ghiaccio in sede di SDR emorroidaria acuta

detergere la zona interessata dalle emorroidi con acqua tiepida e sapone a pH acido

assunzione di farmaci per via orale:

- **Flebotrofici** (Daflon, Arvenum, Venoruton, Nedemax ecc...)
- **Pentacol** 500 mg cp
- **Fibra vegetale** (seguita da abbondante apporto idrico)

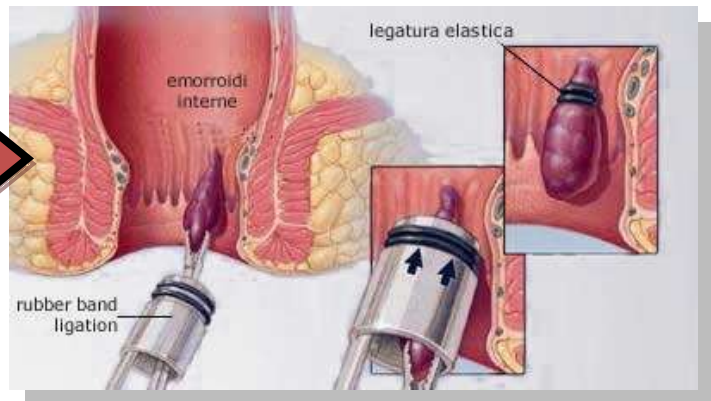
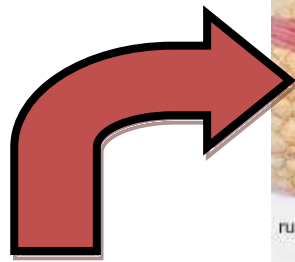
LA TERAPIA CHIRURGICA (Tratto dall'Enciclopedia)





DISTINGUIAMO...



TECNICHE CONSERVATIVE

- Iniezioni locali (scleroterapia): emorroidi di grado I-II
- Divulsione anale

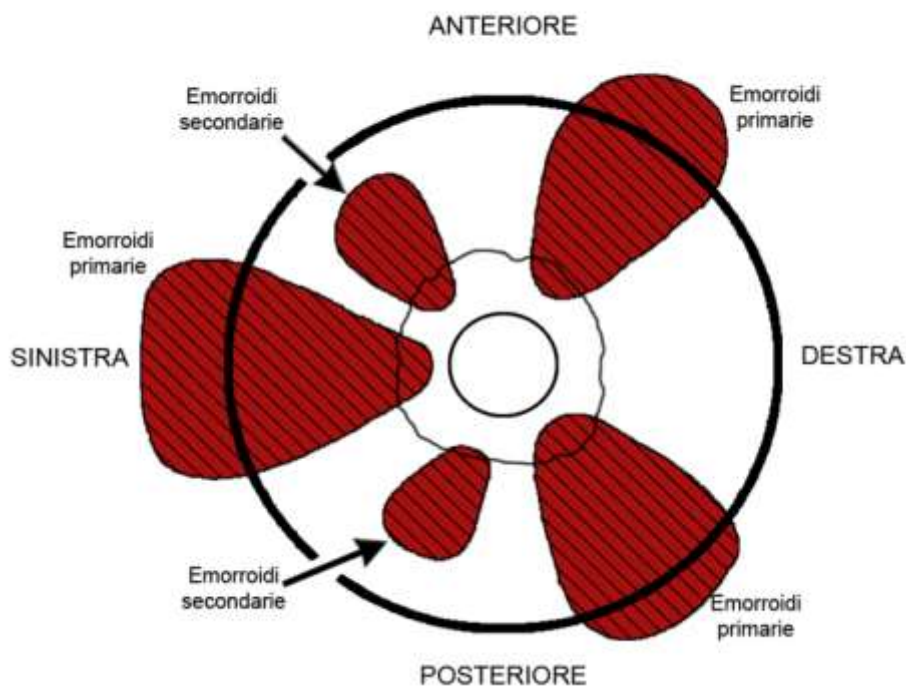


- **Legatura elastica:** grado I-II-III
- Coagulazione con corrente elettrica bipolare
- **HAL:** Hemorrhoidal Artery Ligation (grado II-III)
- Fotocoagulazione laser
- tecniche isolate di riduzione del tono del canale anale,
- la dilatazione  ormai **ABBANDONATA** per **incontinenza da lesione sfinteriale**
- leiomiotomia  **alto rischio di incontinenza**

INTERVENTI CHIRURGICI

- exeresi dei pacchetti emorroidari (emorroidectomie con\senza legatura di rami delle arterie emorroidarie (rettali) inferiori)
- intervento di Whitehead  abbandonato per complicanze
- intervento di Parks  rimasto confinato a pochi casi
- **Emorroidectomia sec. Milligan-Morgan** ormai ben codificato
- **Emorroidectomia sec. Ferguson**, ormai ben codificato
- **Mucoprolassectomia sec. Longo**
- **STARR** (stapled transanal rectal resection)

LOCALIZZAZIONE DELLE EMORROIDI




DECORSO PRE-POST OPERATORIO:

- Necessaria una **preparazione rettale** la sera prima (microclisma).
- Sostituzione a tempo debito di farmaci anticoagulanti orali con terapia eparinica a basso peso molecolare.
- **L'anestesia proposta è generale o locoregionale (spinale)** con rinforzo di anestetico locale, a discrezione dell'operatore.
- Consigliata la **terapia antibiotica profilattica peri-operatoria** (Cefazolina + Metronidazolo).
- il tessuto emorroidario asportato viene inviato all'anatomopatologo, alla ricerca di lesioni fortuite.
- Il ricovero previsto è di 3-5 giorni (alcuni chirurghi propongono un ricovero in day hospital).
- Nel postoperatorio la terapia antidolorifica può prevedere l'uso di **oppiacei** per rallentare il transito intestinale e risparmiare per le prime 24 ore la zona di sutura anale da stress meccanici
- Dalla 5 giornata postoperatoria utile somministrare steroidi topici (Beclometasone dipropionato 1 supposta die) per circa 10 giorni e flebotrofici per OS

INTERVENTO DI EMORROIDECTOMIA SECONDO SCHEMI CLASSICI

Paziente in posizione ginecologica\litotomica:




PRIMO TEMPO  posizionamento di **tre coppie di pinze**:

- 3 Kocher sul margine anale od all'apice delle marischi a ore 3, 8, 11.
- 3 pinze in modo identico, ma al disopra delle precedenti, sulla linea pettinata.

infiltrazione, con soluzione di Xilocaina@ adrenalinata all'1%, della porzione sotto-dentata di ogni pacchetto emorroidario

- 3 pinze di Kelly al disopra delle precedenti, sulla mucosa rettale permettendo, tirandole delicatamente, di far comparire il «**triangolo di esposizione**» rappresentato dalla mucosa rettale esteriorizzata.

SECONDO TEMPO  la dissezione e legatura separata dei tre pacchetti emorroidari individuati in precedenza alle ore 3, 8 ed 11 eseguita con forbici di Mayo, deve rispettare tre principi:

- 1) realizzazione di un triangolo cutaneo, ad apice interno delimitato dalla seconda pinza, con liberazione del lembo cutaneo mediante sezione delle fibre provenienti dallo strato longitudinale complesso;
- 2) individuazione del margine inferiore dello sfintere interno, sua liberazione, eseguita al meglio facendolo ruotare tra pollice ed indice, impiegando una garza e sezione del legamento di Parks;
- 3) emostasi scrupolosa della ferita, in particolare a livello dello spazio intersfinterico.

Si esegue una legatura trasfissa, infilando l'ago a raso dello sfintere interno per farlo fuoriuscire a livello della punta della pinza di Kelly, con punto riassorbibile, in Vicryl (O od 1), montato su ago curvo.

Si esegue un doppio nodo, tipo nodo «da mugnaio», su ogni versante di questa; i nodi si fanno quindi scivolare verso di essa stando però attenti a non comprendere la pinza nella legatura. Durante questa manovra i due capi del filo dovranno essere tenuti tesi ed il ripetuto passaggio dell'indice del chirurgo nel canale anale deve confermare l'assenza di stenosi.

TERZO TEMPO



liberazione, pulizia e riduzione dei ponti cutanei che vanno però manipolati

con precauzione, a causa del rischio di necrosi secondaria. La liberazione dei ponti viene realizzata insinuando tra questi ed il margine inferiore dello sfintere interno, le lame delle forbici. Ciò per un duplice scopo:

- favorire l'accurata pulizia ed il ribaltamento, mediante una pinza di Chaput-Mayo, dei ponti cutanei, in modo da asportare le eventuali emorroidi residue sottostanti;
- permettere che questi ponti si tendano nuovamente, al termine dell'intervento, nel momento della reintegrazione dei monconi legati.

In taluni casi, la lunghezza assunta da alcuni ponti rende necessario ristabilire la tensione corretta.

- i ponti posteriori vengono rimessi in tensione con punti laterali muco-cutanei in Vicryl® a rapido assorbimento;
- i ponti anteriori vengono sezionati a livello della linea pettinata e suturati, senza tensione, con punti in Vicryl~ a lento riassorbimento.

QUARTO TEMPO



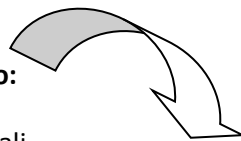
sezione di ogni singolo pacchetto, prendendo la precauzione di lasciare un moncone di 5 mm circa; si controlla l'assenza di sanguinamento a livello della trancia di sezione.

Vengono lasciati dei fili di circa 10 mm: serviranno come repere in caso di emorragie post-operatorie. I monconi emorroidali vengono respinti nel canale anale con compresse di garza inumidite con antisettici; Si ricontra l'emostasi.

Le ferite muco-cutanee vengono lasciate aperte. L'intervento si conclude con la medicazione compressiva.

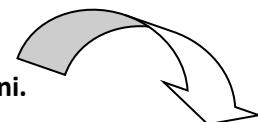
Varianti tecniche

Intervento di Milligan e Morgan modificato:



- exeresi classica dei tre pacchetti emorroidali
- quarta incisione posteriore con leiomiectomia ed anoplastica con lembo mucoso rettale, permette di eseguire l'exeresi contemporanea di una ragade posteriore o di un quarto pacchetto emorroidario posteriore.

Intervento di Milligan e Morgan con leiomiectomia parziale in una delle incisioni.



-La sezione dello sfintere interno viene eseguita alle ore 3. Con ago curvo si esegue una sezione limitata alle fibre inferiori del muscolo liscio.

Può essere una tecnica interessante nell'uomo giovane, affetto da ipertonìa anale.

I risultati dell'intervento di Milligan e Morgan sono molto soddisfacenti, con meno del 2% di insuccessi.

Emorroidectomia peduncolare semi-chiusa di Parks

emorroidectomia sotto-mucosa dei tre pacchetti emorroidari.

- Posizione litotomica\ginecologica

- divaricatore di Parks, si tratterà un pacchetto per volta, dopo aver messo una pinza di Kocher sulla cute e dopo infiltrazione con Xilocaina adrenalinata.

- Si esegue sul pacchetto un'incisione nel canale anale ad «Y» invertita, che risale sino alla mucosa rettale.

La dissezione, dapprima sotto-mucosa, prevede la sezione del legamento di Parks e prosegue poi sulla faccia esterna del pacchetto, respingendo lo sfintere interno;

- Si esegue quindi la legatura alta del peduncolo.

- La ricostruzione della mucosa del canale anale viene eseguita a punti staccati che prendono sullo sfintere interno.

La porzione cutanea dell'incisione non viene chiusa a scopo drenante.

Emorroidectomia peduncolare chiusa di Ferguson

Più praticato in Nord America ed Australia

- decubito laterale o prono.

- divaricatore di Hill-Fergusson o di Fansler, si esegue un'incisione ellittica a circoscrivere il pacchetto.

Il tessuto emorroidario e la relativa mucosa vengono tirati da una pinza e la dissezione viene eseguita a partire a dal versante cutaneo, a distanza dallo sfintere interno, sino al peduncolo vascolare, 2 cm a monte della linea dentata. Lo sfintere interno viene rispettato durante la dissezione; eseguita l'emostasi i margini della ferita vengono scollati un po' per asportare i reliquati emorroidari adiacenti e permettere la sutura senza tensione.

Il peduncolo viene poi trasfisso da un punto con ago corto ed in filo riassorbibile in modo da legarlo e poi eseguirne la sezione; lo stesso filo servirà alla confezione di un sopraggitto tra i margini dell'exeresi. La sutura è perciò dapprima muco-mucosa e poi cutanea. Gli altri pacchetti vengono trattati con la stessa tecnica, configurando l'aspetto finale di tre cicatrici radiali, lineari, convergenti verso il canale anale.

Vantaggio: un periodo di guarigione ridotto, dell'ordine di 2-3 settimane, che abbrevia la durata del ricovero e delle medicazioni e riduce i dolori postoperatori ed i problemi di continenza.

MUCOPROLESSECTOMIA SEC. LONGO

l'anopessi meccanica circolare è stata proposta per il trattamento della patologia emorroidaria da A. Longo in Italia, nel 1994. Essa si basa su un **principio completamente differente**, conservando l'anatomia del canale anale, contrariamente alle tecniche classiche di emorroidectomia peduncolare.

Essa ha un duplice obiettivo:

- garantire la legatura circolare completa dei peduncoli vascolari mucosi e sotto-mucosi delle emorroidi interne
- correggere il prolasso mucoso, realizzando una resezione della mucosa procidente immediatamente al disopra del canale anale, in zona a sensibilità ridotta od assente.

Non si tratta più di un'emorroidectomia, ma di una riduzione del prolasso mucoso nel canale anale, vera e propria anopessi, associata ad una riduzione del flusso ematico alle emorroidi.

CHIRURGIA:

- 1) dilatazione progressiva del canale anale, la linea pettinata viene individuata o per eversione del canale anale, facile in caso di grosso prolasso, o dopo posizionamento di un divaricatore,
- 2) confezione della borsa di tabacco ad almeno 5 cm al di sopra della linea pettinata e sempre comunque al disopra dei pacchetti emorroidari interni.

La borsa di tabacco viene confezionata all'estremità superiore del canale anale, quasi in ampolla rettale.

l'individuazione della linea pettinata su tutta la circonferenza è essenziale durante il tempo di confezione della borsa di tabacco.

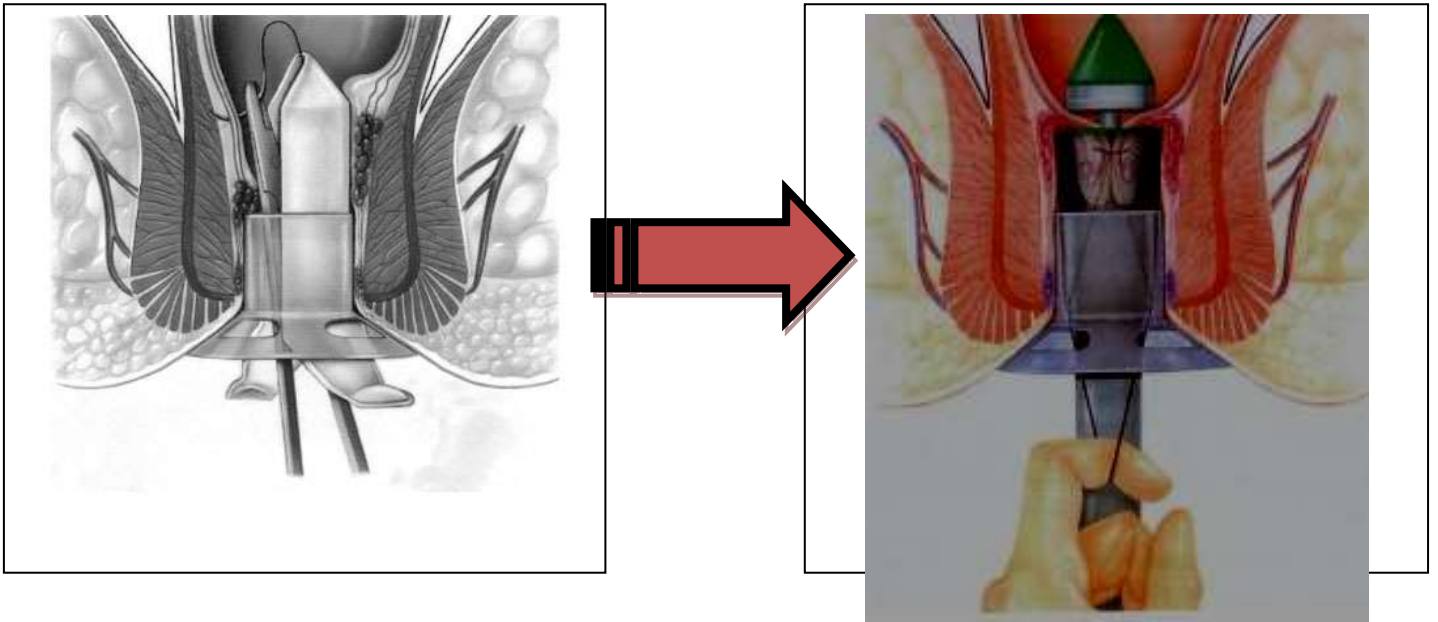
La borsa viene confezionata quadrante per quadrante con prese regolarmente spaziate e senza intervalli di mucosa libera, prendendo in profondità mucosa e sottomucosa. Una presa troppo profonda che passi nella parete muscolare esporrebbe alla resezione di questa, **col rischio di stenosi** dopo sezione ed applicazione delle agrafe. La borsa viene realizzata in mono filamento 2/0.

- 3) Posizionamento della suturatrice e chiusura della borsa di tabacco.

La pinza viene introdotta in posizione di apertura massima nell'asse del canale anale; la testa viene spinta sino al rilievo del sacro. Prima di stringere la borsa, una trazione sul filo permette di tendere il diaframma mucoso e di controllare che la testa della pinza sia ben situata al disopra di questo. Si può allora eseguire l'annodo stretto della borsa.

La chiusura della pinza deve avvenire senza trazioni, evitando di tirarla verso l'esterno, dovrà essere progressiva, controllando di non comprendervi delle emorroidi esterne né la linea pettinata.

Oltrepassata quest'ultima, si continua a chiudere la pinza, permettendo in tal modo un riposizionamento dei pacchetti emorroidari nel canale anale e configurando quindi una vera e propria anopessi.



La chiusura dovrà essere molto stretta, onde assicurare una buona emostasi a livello della linea delle agrafe.

Alcuni consigliano, per garantire l'emostasi, di mantenere la pressione sulla pinza in posizione di chiusura per 30 secondi.

- 4) La pinza viene quindi aperta (tre giri) e rimossa. La verifica dell'anello di mucosa asportato deve vertere sulla sua completezza e circolarità, sulla sua regolarità e sulla sua larghezza di almeno 2 cm.
- 5) Controllo della linea di sutura dopo nuova esposizione del canale anale, ci si assicura che la linea di sutura si trovi ad almeno 2 cm dalla linea pettinata e se ne controlla l'emostasi.

Tabella I. – Indicazioni all'emorroidectomia.

Insuccesso del trattamento medico e dei trattamenti strumentali
 Controindicazioni ai trattamenti strumentali
 Procidenza permanente, a maggior titolo se trombizzata
 Trombosi frequenti ed invalidanti
 Lesione associata che richiede un trattamento chirurgico: ragade, papilla ipertrofica,
 vegetazioni virali, ecc
 Anemia

COMPLICANZE DELLE EMORROIDECTOMIE E MUCOPROLASSECTOMIE:

- **Emorragia immediata:** (2-6%) legate alla conclusione dello spasmo vasale determinato dall'infiltrazione di Xilocaina adrenalinata o all'allentamento di una legatura non stretta a sufficienza o coagulata.

Le emorragie recedono spesso con la compressione e/o con l'applicazione di nitrato d'argento.

- **Emorragia tardiva:** di solito da caduta di escara, tra la settima e la sedicesima giornata post-operatoria, favorite da anomalie dell'emostasi, della coagulazione o dall'assunzione di aspirina. Si interrompono di solito spontaneamente o dopo iniezioni sottomucose di adrenalina attraverso l'anoscopio ma possono anche richiedere un reintervento in sala operatoria.

Eccezionalmente, le ripercussioni emodinamiche possono richiedere il posizionamento di una sonda a palloncino endorettale compressiva e trasfusioni sanguigne.

- **Un picco termico transitorio**, il giorno successivo l'intervento è frequente, legato a batteriemie passeggere

- **ascessi intra-epatici** (rari)

- **Problemi urinari** compaiono nel 15% legata ad uno spasmo ureterale e/o ad un rilassamento del detrusore e favorita dal dolore, dall'ipertrofia prostatica, dall'anestesia e da un sovraccarico vascolare intra-operatorio, fecaloma da ritenzione evacuativa per paura di dolore, emorragie.

- **ritardi della cicatrizzazione** (13%) derivano da: mancanza di drenaggio, scollamento con suppurazione sottostante, granuloma su punto mal riassorbito, cure locali male o per nulla eseguite, malattia di Crohn, precedente radioterapia, immunosoppressione

- **suppurazioni locali o le ragadi** sono generalmente rare

- le **stenosi anali cicatriziali** (8%) vengono trattate con:

- regolarizzazione del transito,
- dilatazione,
- leiomiotomia e/o l'anoplastica con diversi tipi di lembi

- **Disturbi della continenza anale** sono frequenti nel post-operatorio immediato, ma la loro frequenza a distanza di tempo sembra bassa; sono favoriti da:

- voluminose emorroidi interne,
- alterazioni della sensibilità anale secondaria a ferite troppo ampie o ad una necrosi secondaria dei ponti,
- dalla bassa pressione a riposo secondaria ad un'eventuale leiomiotomia od a dilatazione,
- dallo scompimento di una rottura sfinterica preesistente e sconosciuta,

La somministrazione orale post-operatoria di flavonidi potrebbe ridurre l'incidenza delle emorragie.

La formazione di marishe è un evento banale, legato a ponti mucosi distesi o alla comparsa di trombosi esterne post-operatorie, ma deve essere spiegata al paziente che potrebbe pensare alla persistenza di tessuto emorroidario.