

HAL
NEL TRATTAMENTO DELLE
EMORROIDI
100 CASI

Poncina Franco, Poncina Filippo, Rolla Augusto.

Ospedale Civile S. Spirito
Dipartimento di Chirurgia
Casale Monferrato (AL)

Franco Poncina
via Vittorio Emanuele 72,
15020 Camino (AL)
tel 0142-469181,
dr.ponc@tiscalinet.it

Presentato al VIII Congresso Nazionale S.I.C.A.D.S. tenutosi all'Isola d'Elba dal 11 al 14
Maggio 2003

HAL (LEGATURA ARTERIE EMORROIDARIE)

OBBIETTIVI

L'esigenza di ricoveri sempre più brevi, la richiesta dei pazienti di rapida ripresa dell'attività fisica-lavorativa e non ultimo la riduzione fino all'assenza del dolore, ci ha indotti a provare questo nuovo tipo di trattamento per la patologia emorroidaria.

Il numero di casi eseguiti permette di considerarci sufficientemente esperti da poter trarre alcune considerazioni su questo intervento. Sicuramente la riduzione del tempo di degenza richiesto ormai da tutte le Amministrazioni Sanitarie è ottenuto; infatti eseguiamo la legatura dei rami terminali dell'arteria emorroidaria superiore in regime di day-surgery, che viene trasformato in one-day-surgery (pernottamento e dimissione la mattina successiva) nel caso in cui vengono trattate patologie locali associate: emorroidi trombizzate, marischi, ragadi, fibromi anali...

Possiamo dire che la HAL semplice è sempre seguita da dimissione pomeridiana del paziente.

La ripresa dell'attività lavorativa e/o fisica "performance status", avviene in tempi brevi nella nostra casistica: l'87% degli operati ha ripreso il lavoro il giorno successivo, il restante 13% entro una settimana; tra questi ultimi prevalentemente chi ha dovuto subire un trattamento per patologia associata in anestesia locale.

La compliance dei pazienti a questo tipo di intervento è elevata (97%) soprattutto per quel che riguarda l'ultimo dei tre punti a favore di questa metodica, cioè il dolore.

MATERIALI

Consiste in un proctoscopia fenestrato operativo, con sonda Doppler, un portagli lungo, uno spinginodo, una forbice e fili 5/8 USP 2/0.

METODO

Abbiamo iniziato con anestesia generale, poi rachianestesia (4), in seguito siamo passati all'uso di benzodiazepina ev (Midazolam) con antidolorifico (Fentanil ev).

Oggi per i pazienti che devono essere operati somministriamo 30 min prima dell'intervento 30 gocce di diazepam per os. e in sede anale applichiamo pomata anestetica (Emla).

Stiamo sperimentando negli ultimi casi eseguiti l'uso di benzodiazepina sublinguale con risultati incoraggianti. Tutto ciò ci è permesso dal fatto che il principio di questa metodica è di legare i rami terminali dell'arteria emorroidaria superiore mediante rilevamento Doppler 3cm al di sopra della linea dentata, quindi in una zona scarsa di terminazioni nervose dolorifiche; con questo si riduce il flusso di sangue alle vene emorroidarie che quindi si decongestionano riducendo i 3 sintomi prevalenti per i quali i pazienti si rivolgono al chirurgo, cioè: dolore, sanguinamento e prolasso.

Previa divulsione anale a due dita, si introduce il proctoscopio con il manico a ore 12 e con rotazione di 360° si ricercano i rami terminali dell'arteria emorroidaria. Punti di emergenza più frequenti sono alle 6 ore dispari del quadrante dell'orologio. Con una rotazione successiva ritraendo il proctoscopio di circa 1cm si ricercano eventuali restanti diramazioni.

Una volta rilevata la presenza dell'arteria, attraverso la finestra operativa, si trafigge la mucosa che fuoriesce, si recupera l'ago, lo si rimonta sul portagli ed eseguendo una leggera trazione sul filo, si ritrasfigge la mucosa ottenendo così un punto ad "8". Mediante lo spinginodo si porta il nodo fatto all'esterno in sede. Infine si taglia il filo. Come ultimo momento, se vi sono patologie locali associate si trattano previa anestesia locale con Carbocaina all'1%.

All'uscita della sala operatoria, al paziente viene somministrata e.v. una soluzione fisiologica da 500ml con tramadolo o ketoralac.

RISULTATI

La casistica riportata è di 100 casi: 74 uomini e 26 donne di età compresa tra i 20 e gli 80 anni. Il grado delle emorroidi trattate va dal II al IV.

Il sanguinamento per le emorroidi di II e III grado (47 casi) è stato risolto nell'85% dei casi, il dolore nel 99% dei casi e il prollasso, per le emorroidi di III grado nel 94% dei casi e in quelle di IV grado nell'82%. Tutte le patologie associate, trattate in anestesia locale, sono state risolte.

Nella nostra esperienza possiamo affermare di non aver avuto grosse complicanze, a parte un caso che ad una settimana dall'intervento ha lamentato emorragia arteriosa dall'ano in seguito a caduta precoce di un laccio. È stato trattato con terapia conservativa (Foley transanale e fleboclisi con coagulanti) e il problema si è risolto senza bisogno di re-intervento.

- 9 pazienti hanno subito ulteriori trattamenti chirurgici:
- 2 per emorroidi di IV grado con prollasso non risolto dalla tecnica HAL,
- 2 per recidiva di sanguinamento a 4 e 8 mesi su cui si è re-intervenuti con successo utilizzando la metodica HAL,
- 3 per mancata risoluzione del sanguinamento e/o prollasso ed hanno preferito non ripetere la HAL e per cui sono stati sottoposti ad emorroidectomia sec. Milligan-Morgan

L'ultima considerazione che vorremmo fare è la comparsa, a distanza di alcuni mesi, di 2 pazienti giovani al di sotto dei 30 anni (un maschio e una femmina) di ragade anale, supponiamo dovuta alla ridotta vascolarizzazione arteriosa o a un misconoscimento della patologia prima del trattamento. I due sono stati sottoposti a sfinterotomia laterale sinistra ed elettrocoagulazione della ragade.

CONCLUSIONI

La soddisfazione dei nostri pazienti alla richiesta di riduzione del dolore, rapida ripresa dell'attività lavorativa e/o fisica associata a diminuzione dei tempi di degenza, ci paiono i capisaldi di questa metodica che continueremo ad eseguire come trattamento elettivo della patologia emorroidaria di II-III grado e in casi selezionati di IV grado.