

## Stenosi rettale dopo proctopessi con stapler per patologia emorroidaria

M. MONGARDINI, F. CUSTURERI, F. SCHILLACI<sup>1</sup>, G. LEONE<sup>2</sup>, A. COLA, G. FANELLO<sup>1</sup>,  
F. BENEDETTI, A. MATURO<sup>3</sup>, G. PAPPALARDO<sup>1</sup>

RIASSUNTO: Stenosi rettale dopo proctopessi con stapler per patologia emorroidaria.

M. MONGARDINI, F. CUSTURERI, F. SCHILLACI, G. LEONE,  
A. COLA, G. FANELLO, F. BENEDETTI, A. MATURO,  
G. PAPPALARDO.

Riportiamo il caso di una donna di 52 anni, sottoposta a terapia chirurgica per emorroidi con utilizzo di stapler PPH 01 33 e una procedura di proctopessi modificata rispetto a quella codificata da Longo.

Abbiamo infatti eseguito una doppia borsa di tabacco (la prima 4 cm oltre la linea pettinata, la seconda 2 cm a monte), per la presenza di un voluminoso prollasso rettale e di invaginazione retto-ale. Tale modifica ci ha consentito di resecare una maggiore quantità di mucosa rettale, in un'epoca in cui non era ancora validato l'intervento di STARR (Stapled Trans Anal Rectal Resection) che, utilizzando due suturatrici, avrebbe consentito una più agevole risoluzione del problema).

La paziente, regolarmente dimessa in seconda giornata canalizzata alle feci, si ripresentava presso il nostro ambulatorio dopo tre giorni per la presenza di una stenosi rettale 'acuta'. Il problema è stato risolto repertando e sciogliendo la seconda borsa di tabacco che determinava la stenosi.

SUMMARY: **Rectal stenosis after stapler hemorrhoidopexis.**

M. MONGARDINI, F. CUSTURERI, F. SCHILLACI, G. LEONE,  
A. COLA, G. FANELLO, F. BENEDETTI, A. MATURO,  
G. PAPPALARDO.

We report a case of a 52-year-old woman with hemorrhoids submitted to Procedure for Prolapse and Hemorrhoids (PPH), i.e. stapled hemorrhoidopexy, using a modified Longo's technique (double purse string) to treat an associated rectocele and rectal prolapse; the STARR technique (Stapled Trans Anal Rectal Resection) was not yet codified.

The post-operative course was uneventful and the patient is discharged in II p.o. day. In fifth post-operative day the patient came back with an unusual rectal stenosis due to the superior purse string. The stricture was easily resolved by 'opening' the purse string with a transanal approach in outpatient setting.

KEY WORDS: Emorroidi - Proctopessi - Errori di tecnica - Stenosi rettale.  
Hemorrhoids - Proctopexi - Technical errors - Rectal stenosis.

### Introduzione

La proctopessi secondo Longo (*Procedure for Prolapse and Hemorrhoids* - PPT) (1) è sempre più frequentemente eseguita con risultati favorevoli. La scarsa incidenza di stenosi e recidive è documentata da

ampie casistiche. Rimane ancora significativa l'incidenza di emorragie precoci (nella prima settimana post-operatoria) e tardive (dai 7 ai 15 giorni dall'intervento), mentre quella del dolore immediato e/o persistente è estremamente variabile ed è presumibilmente da attribuire ad errori di tecnica (borsa di tabacco eseguita troppo in basso, punti di sutura emostatici eccedenti per numero e/o profondità).

Sono state descritte, anche se molto più raramente, altre complicanze, quali alterazioni e lacerazioni sfinteriali, perforazioni intestinali, stenosi rettali basse, ecc., di regola iatrogeniche, correlate a modalità di esecuzione non sempre corrette e/o a modificazioni personali della tecnica codificata da Longo, ritenute potenzialmente migliorative nel singolo caso.

Riportiamo, a tale proposito, una nostra esperienza negativa con una modifica, più volte eseguita un paio di anni fa, ovvero in epoca antecedente la valida-

Università degli Studi "La Sapienza" di Roma  
Prima Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Scienze Chirurgiche  
UOC Chirurgia Generale L  
(Direttore: Prof. F. Custureri)

<sup>1</sup> Istituto Dipartimentalizzato di Clinica Chirurgica  
di Urgenza e di Pronto Soccorso  
(Direttore: Prof. G. Pappalardo)

<sup>2</sup> Dipartimento di Chirurgia "Pietro Valdoni"  
UOC Chirurgia Generale N  
(Direttore: Prof. V. Cangemi)

<sup>3</sup> Dipartimento di Scienze Chirurgiche  
UOC Chirurgia Generale E  
(Direttore: Prof. E. De Antoni)

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

zione della STARR (*Stapled Trans Anal Rectal Resection*), in caso di voluminosi prolapsi mucoso-emorroidari, cioè il confezionamento di una doppia borsa di tabacco con l'intento di asportare una maggiore quantità di mucosa rettale esuberante.

## Caso clinico

Paziente di sesso femminile, 52 anni, con due gravidanze a termine in anamnesi (parto fisiologico per via vaginale, con episiotomia). Riferisce stipsi da più di 20 anni trattata con dieta e terapie mediche. Dieci anni prima le era stato diagnosticato un prollasso emorroidario con associati rettocele ed invaginazione retto-rettale, la cui espressione clinica consisteva in ripetute rettorragie, dolore durante la defecazione e frequenti episodi di trombosi emorroidaria. Nell'anamnesi non c'erano progressi interventi chirurgici ed altre patologie di rilievo.

La malata veniva sottoposta ad intervento di emorroidopessi secondo Longo, con suturatrice PPH 01 33. In considerazione del pronunciato prollasso rettale e dell'invaginazione retto-rettale e retto- anale, si decideva di eseguire l'intervento confezionando una duplice borsa di tabacco (la prima 4 cm oltre la linea pettinata, la seconda 2 cm più in alto, quindi a circa 6 cm dalla linea pettinata) con lo scopo di comprendere una maggiore quantità di mucosa rettale nel *case* dello stapler da resecare. La tecnica era già stata da noi utilizzata con successo in analoghe occasioni. Ultimato l'intervento con questa modifica tecnica, il controllo anoscopico immediato era soddisfacente.

Il decorso postoperatorio era regolare, senza sanguinamenti né dolore, con canalizzazione completa in II giornata e successiva immediata dimissione, previa esplorazione rettale negativa.

La paziente tornava in ambulatorio in V giornata con dolori addominali, alvo chiuso a feci e non completamente ai gas. La rettoscopia dimostrava la presenza di una stenosi serrata subito al di sopra dell'anastomosi con associato marcato edema della mucosa. Non senza difficoltà, sulla guida del dito esploratore e di un tampone montato, se ne identificava la causa nella persistenza della seconda borsa di tabacco (quella a monte, confezionata a 6 cm circa dalla linea pettinata e non compresa nella resezione meccanica), che veniva sciolta sezionando il filo di sutura.

La paziente evacuava quindi regolarmente e veniva dimessa con terapia antibiotica domiciliare (dimissione protetta, con pronta reperibilità telefonica). I successivi controlli ambulatoriali erano negativi.

## Discussione

La proctopessi secondo Longo (PPH) per la cura della patologia emorroidaria è ormai largamente diffusa (2). Ampie casistiche sembrerebbero documentarne la progressiva riduzione delle complicanze, in particolare di stenosi e recidive (3, 4), mentre è ancora significativa l'incidenza di emorragie precoci o, più raramen-

te, tardive (5, 6). L'incidenza del dolore immediato e/o persistente risulta invece estremamente variabile, presumibilmente attribuibile ad errori di tecnica.

Come ben noto, la metodica non prevede l'asportazione dei gavoccioli emorroidari, ma la riduzione del prollasso mucoso anale mediante suturatrice meccanica circolare. I risultati positivi riportati da numerosi Autori la indicano come un'evoluzione metodologica positiva nel trattamento della patologia emorroidaria (2, 7-9).

L'epicrisi del nostro caso conferma che il confezionamento di due borse di tabacco, in linea di principio procedura logica per aumentare la quantità di tessuto esuberante da asportare, rende difficile la valutazione del corretto posizionamento della testina dello stapler al di là di esse. In effetti la percezione del superamento della testina è certa solo per quanto riguarda la prima borsa di tabacco, mentre la seconda borsa – come verosimilmente è avvenuto nella nostra paziente – può essere spinta a monte, cioè verso l'alto dalla punta dello stapler e quindi non rimanere compresa nel segmento della resezione meccanica. Ad un più attento controllo del tessuto resecato sarebbe stato possibile verificare l'errore (assenza della seconda borsa a monte). L'iniziale canalizzazione della paziente ci ha erroneamente convinti di un decorso postoperatorio regolare, che tale è rimasto fino a quando l'inevitabile edema della mucosa in corrispondenza della borsa non compresa nella resezione è stato il fattore determinante della stenosi e della conseguente occlusione.

Abbiamo ritrovato in letteratura un caso analogo a quello da noi osservato (10), che conferma ulteriormente l'inaffidabilità di tale procedura (doppia borsa), peraltro nel frattempo divenuta non più giustificabile, anzi inutile, in concomitanza con l'affermarsi della STARR, ovvero della resezione transanale del retto con l'impiego di due suturatrici meccaniche circolari (11, 12). È comunque indispensabile la massima attenzione: l'ispezione del campo operatorio dopo l'intervento va condotta in modo scrupoloso, tenendo presente che la usuale plicatura della mucosa e la presenza di piccoli ematomi parietali possono mascherare situazioni di rischio come nel caso da noi riferito. È altresì estremamente importante la valutazione scrupolosa dell'anello di mucosa resecato per accertarsi che sia completo e simmetrico e che siano presenti i due fili delle borse di tabacco ed è altrettanto importante verificare l'eventuale discontinuità della rima anastomotica, cui si può porre rimedio passando alcuni punti di sutura.

## Bibliografia

1. Longo A. Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosae and haemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. 6<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery, Rome, Italy, 3-6 June 1998.
2. Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, Milito G, Canuti S. Prospective randomized multicentre trial comparing sta-

- pled with open hemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001; 88: 669-674.
3. Sutherland LM, Burchard AK, Matsuda K, Sweeney JL, Bokey EL, Childs PA, Roberts AK, Waxman BP, Maddern GJ. A systematic review of stapled hemorrhoidectomy. *Am J Surg* 2002, 137(12): 1395-406.
  4. Chen HH, Wang JY, Changchien CR, Chen JS, Hsu KC, Chiang JM, Yeh CY, Tang R. Risk factors associated with posthemorrhoidectomy secondary hemorrhage: a single-institution prospective study of 4,880 consecutive closed hemorrhoidectomies. *Dis Colon Rectum* 2002; 45 (8): 1096-9.
  5. Hahn M, Simsa J, Horak J. Surgery of hemorrhoids using the Longo method and its complications. *Rozhl Chir* 2003 Jun; 82 (6). 307-11.
  6. Roswell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled hemorrhoidectomy) versus conventional hemorrhoidectomy: randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 779-81.
  7. Mehigan B, Monson J, Hartley J. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 35: 784.
  8. Pernice LM, Bartalucci B, Bencini L, Borri A, Catarsi S, Kroning K. Early date (ten years) experience with circular stapler hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 836-841.
  9. Kirsch JJ, Staud G, Herold A. The Longo and Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. A perspective comparative study of 300 patients. *Chirurg* 2001; 72: 180-185.
  10. Cipriani S, Pescatori M. Acute rectal obstruction after PPH stapled hemorrhoidectomy. *Colorectal Dis* 2002; 4: 367- 370.
  11. Pescatori M, Favetta U, Dhdola S, Orsini S. Transanal stapled excision of rectal mucosal prolapse. *Tech Coloproct* 1997; 1: 96-98.
  12. Correa-Rovelo JM, Tellez O, Obregon L, Miranda-Gomez A, Moran S. Stapled rectal mucosectomy vs. closed hemorrhoidectomy: a randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2002, 45(10): 1367-74.
-