

Emorroidopessi secondo Longo versus emorroidectomia secondo Milligan-Morgan: analisi prospettica

P. DELL'ABATE, G. FERRERI, P. DEL RIO, P. SOLIANI, M. SIANESI

RIASSUNTO: Emorroidopessi secondo Longo versus Emorroidectomia secondo Milligan-Morgan: analisi prospettica.

P. DELL'ABATE, G. FERRERI, P. DEL RIO, P. SOLIANI, M. SIANESI

Abbiamo analizzato 117 pazienti sottoposti, dal gennaio 2001 al febbraio 2005, a terapia chirurgica per emorroidi, di cui 46 trattati con emorroidopessi secondo Longo e 71 con emorroidectomia secondo Milligan-Morgan. Tutti i pazienti sono stati seguiti in follow up ad una settimana ed ad un mese dall'intervento chirurgico; a 6 mesi abbiamo eseguito visita di controllo in 70 pazienti operati di Milligan-Morgan ed in 33 operati secondo Longo.

La sensibilità dolorifica a 24 ore è risultata sovrapponibile nei due gruppi ma una differenza statisticamente significativa ($p < 0.05$) a favore della tecnica di Longo si è avuta ad una settimana dall'intervento chirurgico, con ripresa precoce dell'attività lavorativa. Gli esiti a distanza di 6 mesi hanno evidenziato in 2 pazienti operati di emorroidopessi lievi difficoltà all'evacuazione, presente in 6 pazienti operati con tecnica classica.

Nella nostra esperienza la tecnica secondo Longo ha dimostrato di essere sicura, con minore incidenza di dolore postoperatorio e minori complicanze.

SUMMARY: Longo hemorrhoidopexy vs Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: perspective analysis.

P. DELL'ABATE, G. FERRERI, P. DEL RIO, P. SOLIANI, M. SIANESI

The Authors analyzed their experience from January 2001 to February 2005 on 117 patients treated with Longo hemorrhoidopexy (46 cases) and Milligan-Morgan hemorrhoidectomy (71 cases). All the patients were observed after a week and one month after surgical procedure; at 6 months the Authors controlled 70 patients treated with Milligan-Morgan and 33 treated with Longo technique.

The pain after 24 hours was the same in two groups but after a week a significant difference between two groups ($p < 0.05$) was registered with a better quality of life for hemorrhoidopexy group. At 6 months pain during defecation was present in two cases of Longo group and in 6 cases of Milligan-Morgan group.

In author's experience the Longo technique is a safe treatment with lower postsurgical pain and lower complications.

KEY WORDS: Emorroidopessi - Tecnica di Longo - Milligan-Morgan - Emorroidectomia meccanica. Hemorrhoidopexy - Longo technique - Milligan-Morgan - Stapled hemorrhoidectomy.

Premessa

Le emorroidi rappresentano la patologia più comune del canale anale ed il loro trattamento genera da sempre molto interesse. È oramai dimostrato che, nelle emorroidi di III e IV grado (Tab. 1), la legatura emorroidaria, la scleroterapia, la crioterapia danno risultati inferiori rispetto al trattamento chirurgico (1).

Il trattamento chirurgico, riservato ai pazienti con emorroidi di III e IV grado, consiste nell'escissione e legatura dell'emorroidi con o senza prolassectomia. L'emorroidectomia secondo Milligan-Morgan, descritta nel 1937, rimane la tecnica più utilizzata, ma la pro-

lassectomia mucosa del retto con suturatrice meccanica, proposta da Longo (4), rappresenta una possibile alternativa. Tale tecnica, infatti, risulta efficace nella riduzione del prolasso mucoso rettale, con diminuzione del dolore postoperatorio riferito dal paziente rispetto alla tecnica secondo Milligan-Morgan (5-7).

L'intervento di Longo consiste nell'asportazione di un cilindro di mucosa rettale prolapsata con mantenimento di un canale anatomico e fisiologico (5). La sutura meccanica viene condotta qualche centimetro al di sopra della linea dentata, in una zona con sensibilità dolorifica inferiore rispetto al canale anale; per tale motivo la sintomatologia dolorosa, nei giorni seguenti l'operazione, è ridotta.

Il nostro studio ha voluto analizzare l'efficacia e la sicurezza della prolassectomia con stapler circolare rispetto alla emorroidectomia nel trattamento delle emorroidi di III e IV grado.

Università degli Studi di Parma
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
Clinica Chirurgica Generale e Trapianti d'Organo
(Direttore: Prof. M. Sianesi)

© Copyright 2006, CIC Edizioni Internazionali, Roma

TABELLA 1 - CLASSIFICAZIONE DELLE EMORROIDI.

I grado	Gavoccioli emorroidari visualizzabili con l'anosopia. Possono causare dolori e sanguinamenti.
II grado	Gavoccioli prolassanti all'esterno durante la defecazione che si riducono spontaneamente e causano sanguinamenti occasionali.
III grado	Gavoccioli emorroidari il cui prollasso è riducibile solo manualmente e causano sanguinamenti.
IV grado	Gavoccioli emorroidari permanentemente prollassanti ed irriducibili manualmente.

TABELLA 2 - CONFRONTO STATISTICO NEI DUE GRUPPI DI STUDIO.

	Gruppo I (Longo)	Gruppo II (Milligan-Morgan)	p
Degenza media (gg)	1.4	2.7	0.05
Ripresa lavorativa (gg)	10	24.5	0.05
Dolore a 24 ore (paz)	4/46	11/71	n.s.
Dolore a 7 giorni (paz)	4/46	20/71	0.05
Dolore a 30 giorni (paz)	1/46	10/71	n.s.

Pazienti e metodi

Dal gennaio 2001 al febbraio 2005, nella Clinica Chirurgica Generale e dei Trapianti d'Organo dell'Università di Parma, sono stati selezionati 117 pazienti (77 uomini, 40 donne), con età media di 49.5 anni, affetti da emorroidi di III e IV grado, da sottoporre ad intervento chirurgico. Sono stati suddivisi in due gruppi, a seconda della tecnica chirurgica adottata, comunque eseguita dalla stessa équipe operatoria composta da due chirurghi "seniors" ed uno "junior": il gruppo I (46 pazienti) è stato sottoposto a prolassectomia secondo Longo, il gruppo II (71 pazienti) ad intervento classico di emorroidectomia secondo Milligan-Morgan. Abbiamo escluso dallo studio pazienti affetti da diabete scompensato, tumori in stadio avanzato, ipertensione severa e gravi deficit della coagulazione (congeniti o secondari).

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad anestesia spinale ed operati in posizione litotomica.

L'emorroidectomia secondo Milligan-Morgan (gruppo II) è consistita, previo uso di retrattore bivalve (tipo Eisenhammer), nella identificazione della linea dentata, nella infiltrazione di adrenalina

(1:100.000) e nella diatermodissezione ed escissione dei gavoccioli emorroidari con punto di sutura per emostasi dei peduncoli.

La prolassectomia secondo Longo (gruppo I) è stata eseguita con sutura meccanica, mediante stapler CDH 33, almeno 2 cm al di sopra della linea dentata.

Tutti i pazienti sono stati valutati preoperatoriamente, alla dimissione (prevalentemente in I giornata), a una settimana, ad un mese e a sei mesi dall'intervento. Sia alla valutazione preoperatoria che dopo sei mesi dall'intervento i pazienti sono stati invitati a compilare un questionario relativo ai sintomi e alla defecazione, alla funzione ed al grado di soddisfazione. I parametri valutati per tutti i pazienti sono stati: il dolore e l'emorragia postoperatori, l'ospedalizzazione, la sintomatologia o la recidiva a distanza.

È stato quindi eseguito un confronto statistico dei risultati nei due gruppi di studio, analizzando le differenze con i metodi t-student e chi-quadro. Abbiamo considerato statisticamente significativi un valore di $p < 0.05$.

Risultati

La durata media di ospedalizzazione nel gruppo I e nel gruppo II è stata rispettivamente di 1.4 e 2.7 giorni.

In tutti i 117 pazienti operati abbiamo eseguito un follow up ad una settimana ed ad un mese dall'intervento, mentre a sei mesi è stato possibile controllare 70 pazienti del gruppo II e 33 del gruppo I. La ripresa dell'attività lavorativa è avvenuta nei pazienti del gruppo I in media 10 giorni dopo l'intervento, mentre nei pazienti del gruppo II dopo 24.5 giorni.

Nell'immediato postoperatorio abbiamo avuto 5 sanguinamenti nel gruppo II (5/71:7%), che hanno richiesto la legatura dei peduncoli con punti di sutura in Vycril 2/0, due sanguinamenti nel gruppo II (3/46: 6.5%) trattati con garzini emostatici.

L'incidenza di dolore, valutato soggettivamente con una scala da 0 (nessun dolore) a 5 (dolore massimo), è stata nelle immediate ore postoperatorie praticamente uguale nei due gruppi (9% nel gruppo II, 10% nel gruppo I) per effetto dell'anestesia spinale e degli analgesici blandi somministrati per via endovenosa. Una chiara differenza della sensazione dolorosa tra i due gruppi si è avuta invece a distanza di 24 ore dall'intervento chirurgico: nel gruppo I il dolore elevato (scala 5) era infatti presente nell'8.6% dei casi (4/46), nel gruppo II era presente nel 15.5% dei casi (11/71). Dopo una settimana abbiamo evidenziato un incremento di pazienti con sintomatologia dolorosa nel gruppo II (20/71:28.2) con necessità di terapia antidolorifica (FANS, per os / per due volte al giorno). I pazienti del gruppo I che hanno fatto ricorso a terapia analgesica per os per una settimana sono stati gli stessi 4 con dolore elevato nell'immediato postoperatorio, dolore imputabile, all'inizio della nostra esperienza, al confezionamento della borsa di tabacco nel canale anale e ad una resezione meccanica troppo vicina alla linea dentata. A distanza di un mese solo un paziente del gruppo I (1/46: 2.2%) riferiva dolore saltuario, mentre il 14% (10/71) dei pazienti del gruppo II riferiva dolore occa-

sionale. Dopo 6 mesi dall'intervento non abbiamo riscontrato significative differenze rispetto al primo mese postoperatorio nella sintomatologia dolorosa.

Il follow up a sei mesi ci ha comunque permesso di evidenziare nei pazienti del gruppo I l'assenza di recidiva, e nel gruppo II una recidiva (1/70:1.4%) con trombosi emorroidaria che ha richiesto il reintervento.

A sei mesi abbiamo inoltre osservato difficoltà all'evacuazione, anche per la presenza di feci dure in ampolla, in 2 pazienti del gruppo I (2/33: 6%) ed in 6 pazienti del gruppo 2 (6/70: 8.6%).

A sei mesi dall'intervento un indice di gradimento elevato dell'intervento chirurgico è stato riscontrato nel 91% dei pazienti del gruppo I (30/33) e nell'84.2% (59/70) dei pazienti del gruppo II.

Conclusioni

L'introduzione negli ultimi anni della prolassectomia secondo Longo nel trattamento delle emorroidi di III e IV grado ha contribuito a ridurre notevolmente le complicanze a medio e lungo termine proprie della emorroidectomia secondo Milligan-Morgan, quali la stenosi anale e l'incontinenza fecale. I risultati positivi ottenuti dalla tecnica secondo Longo sono legati al rispetto anatomico delle strutture anali (mucosa, apparato sfinteriale e plesso emorroidario) (5) con conseguente riduzione del dolore postoperatorio (7-9).

Inoltre, in base ai risultati riportati in letteratura ed a quelli personali, risulta evidente una percentuale non elevata di recidiva della patologia emorroidaria (6, 7,9), nonostante la prolassectomia secondo Longo non com-

porti l'asportazione delle emorroidi ma esclusivamente la riduzione del prolasso mucoso.

Possiamo affermare, che per quanto attiene il dolore postoperatorio e le altre complicanze precoci e tardive, la prolassectomia secondo Longo dà risultati migliori della emorroidectomia secondo Milligan-Morgan (1, 6-9). Nella nostra esperienza il dolore postoperatorio, a distanza di 24 ore, non è significativo nei due gruppi, ma a distanza di una settimana con la prolassectomia secondo Longo si ha una più pronta ripresa delle abitudini di vita, con regressione della sintomatologia dolorosa, rispetto all'emorroidectomia secondo Milligan-Morgan ($p<0.05$): i pazienti sottoposti alla prolassectomia riprendono, infatti, l'attività lavorativa in media dopo 10 giorni dall'intervento, al contrario dei pazienti sottoposti ad emorroidectomia secondo Milligan-Morgan, che riprendono in media dopo 24.5 giorni ($p<0.05$).

Inoltre, a sei mesi dall'intervento chirurgico non abbiamo evidenziato alcuna recidiva nella prolassectomia secondo Longo e difficoltà all'evacuazione in soli 2 pazienti (6%), difficoltà che si sono invece verificate in 6 pazienti (8:6%) operati di emorroidectomia secondo Milligan-Morgan.

Riteniamo che nel trattamento della patologia emorroidaria la prolassectomia secondo Longo sia una procedura preferibile all'emorroidectomia secondo Milligan-Morgan per una minore incidenza del dolore postoperatorio e di altre complicanze ed un più precoce ritorno alle normali abitudini di vita.

La tecnica è di facile apprendimento, ma deve essere impiegata con le giuste indicazioni (emorroidi di III e IV grado).

Bibliografia

1. Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 782-785.
2. Murie JA, Sim AJW, Mackenzie I. rubber band ligation versus haemorrhoidectomy for prolapsing haemorrhoids: a long term prospective clinical trial. *Br J Surg* 1982; 69: 536-538.
3. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of haemorrhoidal modalities: a metanalysis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 687-694.
4. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. *Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery*, 1998.
5. Corma ML, Gravié JF, Hager T et al. Stapled haemorrhoidopexy: a consensus position paper by an International Working-Party-Indications, contra-indications and technique. *Colorectal Disease* 2003; 5 (4): 304.
6. Racalbuto A, Aliotta I, Corsaro G, Lanteri L, Di Cataldo A, Licata A. Hemorrhoidal stapler prolapsectomy vs. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a long-term randomized trial. *Int J Colorectal Disease* 2004; 19 (3): 239-244.
7. Palimento D, Picchio M, Attanasio U, Lombardi A, Bambini C, Renda A. Stapled and open hemorrhoidectomy: randomized controlled trial early results. *World J Surg* 2003; 27 (2): 203-207.
8. Krska Z, Kvasniedka J, Faltyn J, Schmidt D, Svab J, Kormanova K, Hubik J. Surgical treatment of hemorrhoids according to Longo and Milligan-Morgan: an evaluation of postoperative tissue response. *Colorectal Disease* 2003; 5(6): 573.