





Pubblicazione 40

Il trattamento dei noduli emorroidari soprannumerari nell'intervento di Milligan-Morgan

Esperienze personali

L. SUCCI, D. RUSSELLO, A. RACALBUTO, B. SCILLETTA, M. CARNAZZA, R. BLANDINO, F. LATTERI

Istituto di I Clinica Chirurgica (Direttore: Prof. G. Rodolico)

Cattedra di Patologia Speciale Chirurgica C.O

(Direttore: Prof. F. Latteri)

RIASSUNTO

Gli Autori presentano una tecnica alternativa per l'asportazione dei noduli emorroidari dopo interventi di emorroidectomia secondo Milligan e Morgan.

Nel sottolineare la frequenza con cui questi (accessory pils) si presentano, ne suggeriscono il trattamento al fine di rendere il più completo possibile l'intervento stesso.

SUMMARY

ALTERNATIVE TREATMENT OF ACCESSORY PILES AFTER MILLIGAN-MORGAN HEMORROIDECTOMY.

The AA. report their alternative treatment tecnique of accessory piles after Milligan-Morgan hemorroidectomy.

They underline the frequency of these piles and suggest the use of their alternative method for the completeness of the operation.

La malattia emorroidaria rappresenta in ambito proctologico una delle più frequenti patologie; infatti circa l'80 % della popolazione, secondo Haas, sarebbe affetta da emorroidi clinicamente sintomatiche o asintomatiche.

Vari sono gli elementi che giocano un ruolo importante nell'etiopatogenesi della malattia emorroidaria. La collocazione anatomica dei plessi venosi emorroidari, il comportamento funzionale delle strutture muscolari ed il meccanismo fisiologico della defecazione, che, trovandosi in equilibrio tra loro, creano i presupposti per l'instaurarsi della malattia. Anatomicamente il sistema venoso del canale anale è tributario delle vene emorroidarie superiori, media ed inferiore, che, a livello sottocutaneo e sottomucoso, si anastomizzano in ampi plessi rispettivamente denominati plesso emorroidario esterno o sottocutaneo e plesso emorroidario interno o sottomucoso; questi ultimi sono tributari di sistemi venosi completamente differenti: il primo del sistema cavale inferiore, il secondo del sistema portale.

Oltre le cause che spiegano l'insorgenza della malattia emorroidaria (stipsi, abitudini alimentari, attività lavorativa, ereditarietà, costituzione) è stata proposta una ipotesi etiologica che tiene conto di importanti e progressive alterazioni anatomiche che si produrrebbero sui vasi e sulla mucosa del canale anale. Infatti la malattia emorroidaria si instaurerebbe per una iniziale alterazione strutturale dei plessi emorroidari, con ectasia delle pareti dei vasi, come conseguenza ad un ostacolo del deflusso venoso in seguito alla contrazione degli sfinteri.

Oggi infatti, si pone l'attenzione su un'alterazione anatomo-funzionale degli sfinteri, la cui condizione di ipertrofia e/o di mancato sincrono rilasciamento durante la defecazione, determinerebbe un aumento pressorio distrettuale delle vie tributarie al sistema cavale e portale, con un ostacolo al deflusso del sistema venoso del canale anale. Ciò porterebbe ad una

modificazione del trofismo del tessuto di sostegno della mucosa anale con edema e conseguente protrusione della mucosa.

Inizialmente il prolasso e l'ectasia dei vasi si manifesta clinicamente durante la defecazione (emorroidi di I e II grado), in seguito progredisce per l'aumentato ostacolo al deflusso venoso, presentandosi riducibile solo manualmente (emorroidi di III grado) o irriducibile (emorroidi di IV grado).

La stasi venosa ed i processi trombotici, infiammatori e traumatici, dovuti alla defecazione aggravano il quadro della malattia.

Il trattamento chirurgico deve dunque tenere conto di questi fattori e mirare principalmente all'asportazione di quelle porzioni di mucosa che sono state irrimediabilmente danneggiate.

Milligan e Morgan, nel proporre le loro tecniche di emorroidectomia, descrivono nel canale la presenza di tre plessi venosi ectasici che si sfioccano nel piano sottomucoso in posizione anteriore, posteriore destra e laterale sinistra, a cui si aggiungono spesso dei piccoli noduli accessori anteriore sinistro e posteriore sinistro.

Con l'emorroidectomia da loro proposta si esegue l'asportazione chirurgica completa dei tre plessi principali ormai alterati.

Questa tecnica soggiace però ad una regola fondamentale: lasciare tre lembi di anoderma integri che nel canale anale si interpongono ai plessi asportati, per favorire la riepitelizzazione dell'anoderma mancante. La sezione o l'accidentale interruzione di questi ponti, produrrebbe, infatti, un'alterata cicatrizzazione, causa di una possibile stenosi.

Spesso però al di sotto di essi si notano delle ectasie venose o plessi emorroidari soprannumerari. La distensione di questi vasi situati al disotto dei ponti di anoderma, necessariamente lasciati integri a seguito dell'intervento, sarà causa delle cosiddette recidive, di edemi nel post-operatorio e di microtrombosi.

Goligher sottolinea che la presenza di un notevole numero di ectasie soprannumerarie (accessory piles) potrebbe essere una controindicazione alla metodica di Milligan e Morgan, giacché il risultato chirurgico nell'immediato post-operatorio ed a distanza appare essere poco soddisfacente.

Il paziente infatti lamenta nell'immediato post-operatorio dolore di discreta entità, causato dalle microtrombosi dei vasi emorroidari non asportati e dall'edema che si instaura sulla mucosa lasciata indenne. Tutto ciò darà al paziente la sensazione di incompletezza dell'intervento e di recidiva della malattia in quanto si potranno avere in seguito piccoli prolassi di mucosa e fenomeni emorragici.

I vari AA. in presenza di queste ectasie venose hanno adottato soluzioni le più originali, basandosi principalmente sulla propria esperienza e soprattutto su artefizi di tecnica che le condizioni locali hanno suggerito.

Alcuni infatti, preferiscono non tener conto della presenza di tali ectasie, destinate spesso a ridursi nel tempo, anche se all'atto dell'intervento si presentavano di discrete dimensioni.

Altri invece preferiscono cauterizzare i noduli (Langenbeck); questa manovra provoca talvolta successivi fenomeni trombotici locali con dolore nel post-operatorio, inconvenienti emorragici, complicanze settiche locali e ritardi nella guarigione.

Withehad propone una emorroidectomia radicale, ed asporta, con una escissione circolare, sia il plesso emorroidario ectasico che l'anoderma, e anastomizza la mucosa rettale previo pull-trought alla mucosa perianale. Tale metodica, valida in caso di estese ectasie emorroidarie con prolasso della mucosa, non è scevra di complicanze post-operatorie quali le stenosi cicatriziali e l'ectropion della mucosa anale responsabili del cosiddetto ano umido ed incontinenza.

Da quanto detto, abbiamo voluto acquisire un'esperienza adottando la tecni-

ca di emorroidectomia secondo Milligan-Morgan che permette contemporaneamente l'asportazione completa dei noduli soprannumerari insieme alle cosiddette marische cioè quei tratti di cute che, lasciati in situ, possono essere responsabili dei disturbi precedentemente accennati.

MATERIALI E METODI

La nostra casistica comprende 35 interventi di emorroidectomia sec. Milligan-Morgan. In 24 pazienti (68,6%) erano presenti dei noduli soprannumerari; sono stati trattati i noduli in 18 pazienti (11 in posizione posteriore sinistra e 7 in posizione anteriore e posteriore sinistra).

Considera l'incidenza con cui si trovano questi noduli accessori, abbiamo voluto adottare una soluzione chirurgica la più radicale possibile.

Eseguita l'emorroidectomia sec. Milligan e Morgan, dopo un'accurata emostasi, si esplora il canale anale, ricercando, sotto i ponti di mucosa lasciati integri, i gavoccioli venosi soprannumerari. Si esegue una minima infiltrazione di soluzione di adrenalina 1:200.000 al di sotto dei noduli interessati (questa manovra diminuisce in maniera marcata il sanguinamento della mucosa).

Si distacca con una forbice a punte smusse l'apice del ponte di mucosa integra a livello della linea dentata e si ribalta all'esterno il lembo di mucosa mettendo a nudo le fibre sottostanti dello sfintere interno.

Si asportano delicatamente dal lembo con una forbice i vasi venosi ectasici, o il grasso sottocutaneo ed il tessuto fibroso che spesso si ritrova in corrispondenza della tasca di cute posta alla base del ponte di mucosa.

Questa manovra determina spesso un'allungamento del lembo per cui si rende necessaria l'escissione di un piccolo frammento così da garantirne la vascolarizzazione. Si ottiene in tal modo un lembo peduncolato, il cui apice dopo essere stato suturato con 2 o 3 punti in materiale riassorbibile alla linea dentata ed alla mucosa anale, è ancorato ad alcune fibre dello sfintere interno (figg. 1, 2).

Per favorire l'adesione del lembo apponiamo un piccolo rotolo di fibrina che avrà una duplice funzione: emostatica e compressiva sul lembo.

Nel post-operatorio non somministriamo farmaci che rallentano il transito intestinale; il paziente si alimenta in 1° giornata e, se non evacua spontaneamente, somministriamo dei blandi lassativi. I controlli post-operatori hanno confermato i buoni risultati della nostra metodica; infatti i tempi di riepitelizzazione completa del canale sono uguali come per tutti gli interventi di Milligan e Morgan, e non abbiamo notato complicanze infettive del-

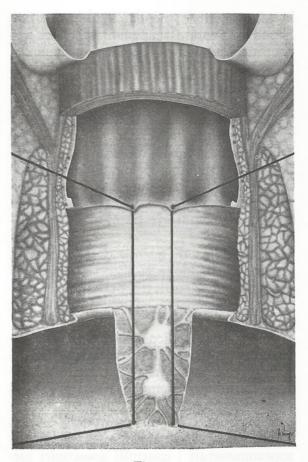


Fig. 1.

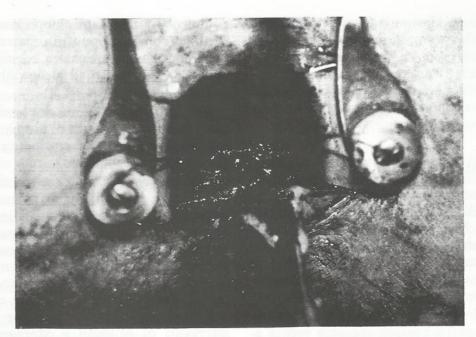


Fig. 2.

la mucosa anale, né dei lembi, che non hanno presentato fenomeni ischemici e/o necrotici, né stenosi del canale anale.

CONCLUSIONI

Alla luce dei risultati desunti dalla nostra esperienza, ribadiamo la necessità di asportare durante l'intervento di emorroi-dectomia i noduli soprannumerari al fine di ottenere una maggiore completezza dell'intervento stesso e ridurre le complicanze post-operatorie fastidiose per il paziente.

A conferma di quanto detto, abbiamo notato che, laddove ci siamo astenuti dal trattarli (6 pazienti), nel periodo post-operatorio è comparso edema e dolore alla defecazione.

Il presidio medico adottato in tali circostanze è stato l'uso topico di farmaci a base di eparina che pur fornendo discreti risultati, hanno però allungato il periodo di degenza.

Nei pazienti in cui l'intervento è stato completato con l'asportazione dei noduli soprannumerari i controlli anoscopici eseguiti a distanza di tre-quattro settimane dall'intervento hanno mostrato la completa riepitelizzazione dell'anoderma mancante ed il buon attecchimento dei lembi.

In conclusione, possiamo ritenere che la metodica presentata, seguendo il principio della radicalità, così come radicale per la malattia emorroidaria è l'intervento di Milligan-Morgan, ha soddisfatto appieno i risultati da noi auspicati.

BIBLIOGRAFIA

Crapp A. and Williams A.: «Gastroenterologia clinica». Ed. "Il Pensiero Scientifico", 4, 3, 1975.

Dodi G.: « Colonproctologia ambulatoriale ». Ed. Piccin, 1986.

Goligher J.: « Surgery of the anus rectus and colon ». Fifth Edition Bailliere Tindall, 1984.

Henry M. M., Swash M.: «Coloproctology and the Pelvic Floor. Pathophysiology and Management ». Butterworths & Co. (Publishers), Ltd., 1985.

 Tagliagozzo S.: «Chirurgia del retto». Coll. di Tattica e Tecnica Chir. Ed. Masson It., 1985.
Thomson, Nicholls, Williams: «Colorectal disease». Ed. W. Heinemann Med. Book Ltd, 1981

Tonelli F.: « Fisiologia e patologia funzionale dello sfintere anale ». Riv. It. di Colon-Proctologia, 5, 11, 1986.