



Publicazione 59

VALUTAZIONE DEI RISULTATI A DISTANZA DOPO EMORROIDECTOMIA SECONDO MILLIGAN-MORGAN

(Esperienza personale)

L. SUCCI - D. RUSSELLO - A. RACALBUTO - B. SCILLETTA
M. CARNAZZA - M. SCUDERI - A. FAVETTA - F. LATTERI (*)

Università degli Studi di Catania

Istituto di I Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica - Direttore: Prof. G. Rodolico

(*) Ordinario di Patologia Chirurgica

SUMMARY

Evaluation of our long-term results after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy.

The Authors report their results in follow up of patients who underwent hemorrhoidectomy (Milligan Morgan's method).

They evaluate long term postoperative results and describe the most common symptoms observed and their possible psysiopathological implications.

They underline the need for preoperative to studies reduce preoperative complications.

L'intervento di Milligan e Morgan rappresenta la metodica di scelta nel trattamento chirurgico della malattia emorroidaria.

Essa, infatti, nell'ambito delle diverse metodiche chirurgiche, presenta numerosi vantaggi in quanto assicura l'interruzione dell'apporto vascolare ai tre peduncoli emorroidari principali e favorisce l'eliminazione delle lacune artero-venose ed eventuali lesioni croniche a carico dell'anoderma, rispettando i presupposti teorici già enunciati e ben evidenziati da Libeskind nel 1979 (5).

Inoltre, la tecnica si caratterizza per la possibilità di mantenere l'integrità anato-funzionale dello sfintere anale e di consentire l'asportazione contemporanea di eventuali noduli emorroidari soprannumerari.

Oltre tali considerazioni, bisogna ricordare che anche la ragade anale, patologia frequentemente associata alla malattia emorroidaria, trova con questo intervento una soluzione immediata in quanto agevole risulta l'esecuzione contemporanea della sfinterotomia laterale secondo Notaras.

È chiaro però che solo un adeguato studio preoperatorio ed una tecnica corretta consentono un trattamento definitivo della malattia emorroidaria e delle eventua-

Guinto in Redazione: 30-1-1989.

li patologie associate, riducendo l'incidenza delle sequele post-operatorie e delle recidive che, al contrario, incidono in modo significativo sulle altre metodiche chirurgiche (8).

Nonostante i risultati desunti dalla letteratura, siamo favorevoli ad un più vasto impiego della tecnica di Milligan-Morgan; pur tuttavia essa non è scevra dalla comparsa di complicanze minori quali dolore all'atto della defecazione, prurito, lievi disturbi della continenza ed episodi flogistici locali, riportati con frequenza variabile da diversi Autori (2, 8).

Abbiamo voluto quindi eseguire, sulla base dell'esperienza maturata negli ultimi anni, uno studio che valutasse retrospettivamente i risultati dell'intervento di emorroidectomia secondo Milligan-Morgan, ponendo particolare attenzione alla frequenza delle sequele tardive, e cercando di darne una possibile interpretazione fisiopatologica.

MATERIALI E METODI

Sono stati ammessi nel follow-up 52 pazienti, ricoverati negli anni 1986-87 presso l'Istituto di I Clinica Chirurgica dell'Università di Catania per malattia emorroidaria di grado elevato e sottoposti ad intervento di emorroidectomia secondo Milligan-Morgan.

Di questi, 40 pazienti (77 %) sono affetti da emorroidi di III grado e 12 (33 %) da emorroidi di IV grado con prolasso mucoso.

In 24 pazienti (46 %) sono stati evidenziati e asportati noduli emorroidari soprannumerari.

La sfinterotomia laterale sinistra secondo Notaras è stata associata in 12 pazienti (23 %) per la presenza di ragade anale (7 pazienti) e di ipertono sfinteriale

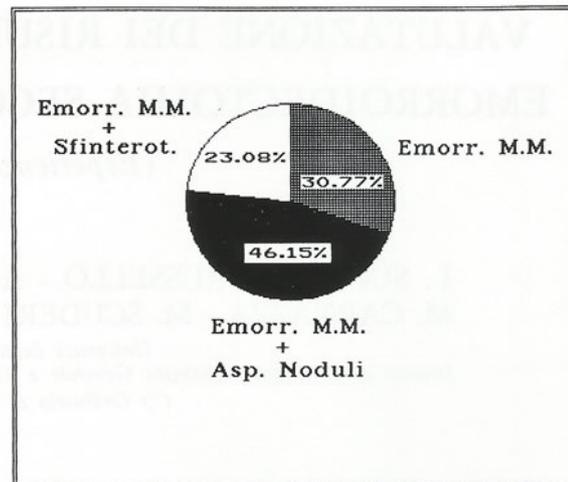


Fig. 1. — Tipo di intervento.

documentato con reperto manometrico (5 pazienti) (Fig. 1).

Il protocollo di studio dei pazienti operati è stato articolato in due fasi:

— clinica, per il rilievo di sintomi, quali: dolore, prurito anale, soiling, turbe dell'alvo, stenosi, incontinenza ai gas;

— strumentale, comprendente l'esecuzione di esame proctoscopico con eventuale prelievo biptico ed esame manometrico anale, per individuare la possibile presenza di flogosi localizzate (iperemie, aniti), ragadi, marische, ectasie venose e recidive emorroidarie.

RISULTATI

Dal protocollo di studio dei 52 pazienti inseriti nel follow-up, 33 (63.5 %) sono asintomatici, e 19 (36.5 %) presentano la comparsa di sintomi variamente associati tra di loro (Figg. 2-3).

Non abbiamo osservato in alcun paziente la presenza di ragadi anali, di fistole, di stenosi, di marische o di recidive emorroidarie.

In 14 pazienti (73.5 %) che accusano dolore e/o soiling la biopsia dell'anoderma ha dimostrato la presenza di alterazio-

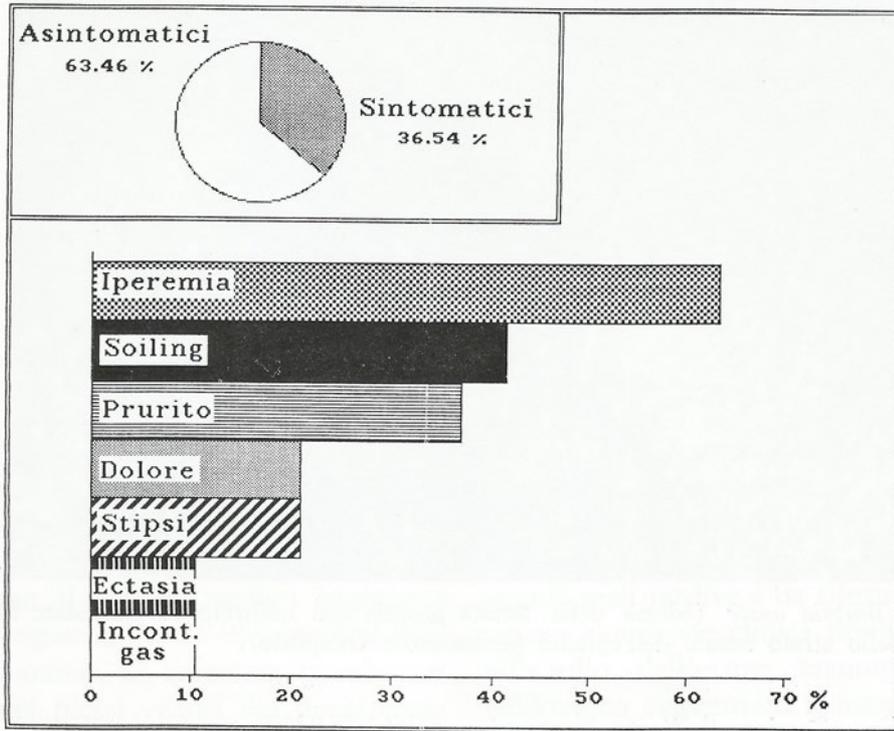


Fig. 2. — Sintomi tardivi osservati.

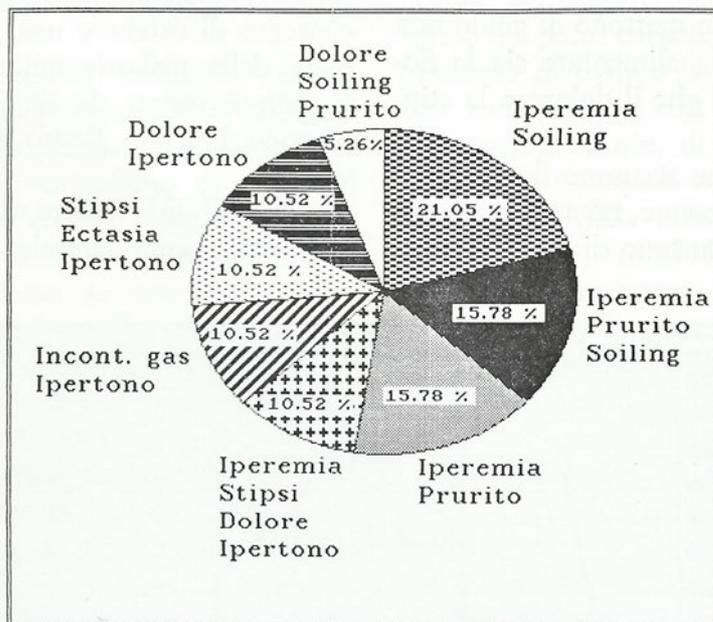


Fig. 3. — Associazione dei sintomi tardivi osservati.

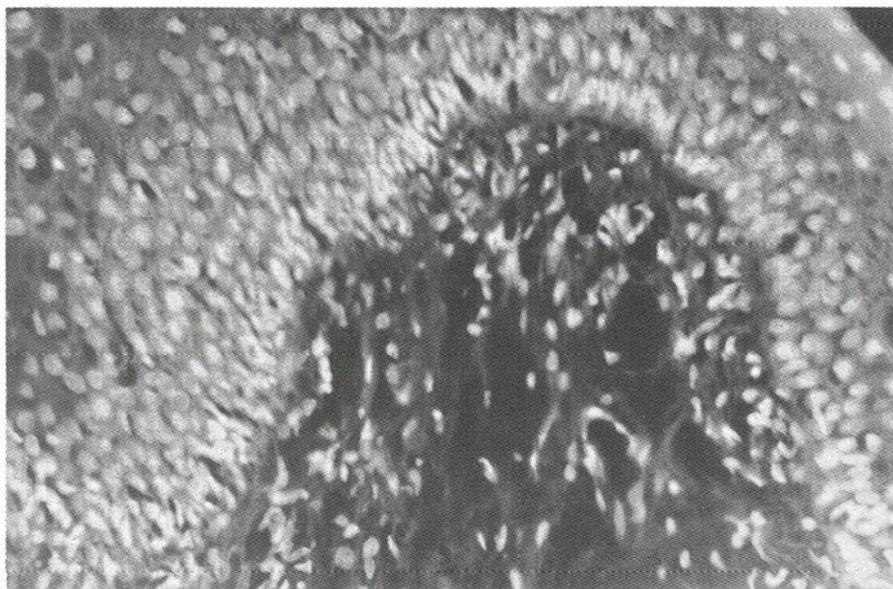


Fig. 4. — *Biopsia anale* (edema della tonaca propria con infiltrato parvicellulare flogistico e iperplasia dello strato basale dell'epitelio pavimentoso composto).

ni flogistiche a carico dell'epitelio pavimentoso e segni d'infiltrazione linfoplasmocitaria in corrispondenza della tonaca propria (Fig. 4).

Gli stessi pazienti sono stati sottoposti ad esame manometrico che ha evidenziato in 6 (31,5 %) un ipertono di grado non elevato, ma tale da alimentare sia la flogosi dell'anoderma che il dolore e la stipsi riflessa (Fig. 5).

In 2 pazienti che accusano lieve incontinenza ai gas l'esame manometrico ha dimostrato un basso tono di base (Fig. 6).

DISCUSSIONE

I risultati desunti dal nostro follow-up, ci inducono ad esporre alcune considerazioni cliniche sull'intervento di Milligan-Morgan.

Esso è senza dubbio una tecnica che consente di ottenere una guarigione completa della malattia emorroidaria; anche se non è scevra da sequele tardive che possono inficiare l'esito finale dell'intervento.

La possibilità, inoltre, di poter associare la sfinterotomia laterale, laddove neces-

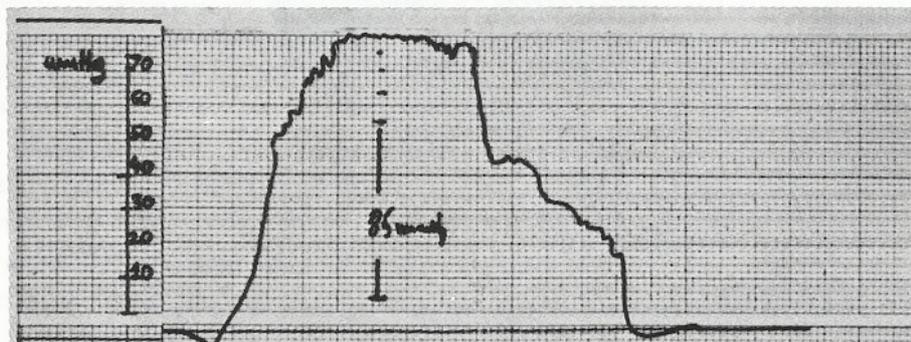


Fig. 5. — Valori pressori basali dell'apparato sfinteriale anale dopo emorroidectomia: *ipertonia*.

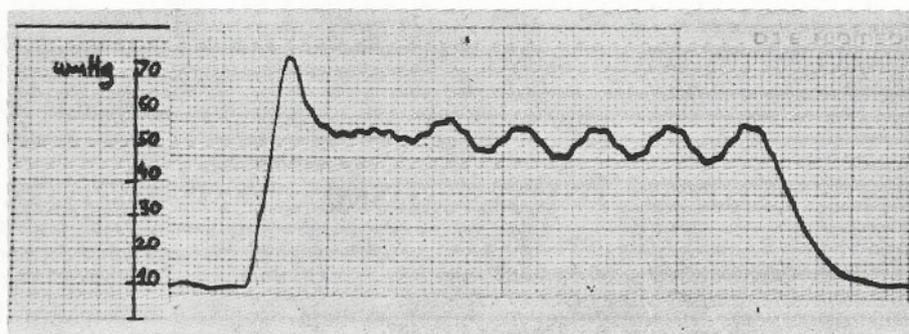


Fig. 6. — Valori pressori basali dell'apparato sfinteriale anale dopo emorroidectomia: *ipotonia*.

saria, evita la comparsa del dolore post-operatorio e la formazione di ragadi anali, così come è stato riferito in letteratura.

La nostra esperienza ci permette di osservare che il dolore tardivo registrato con una frequenza del 21 % potrebbe riferirsi a fenomeni di carattere trombotico a carico dei plessi venosi dei ponti cutaneo-mucosi o ad ipertono sfinterico con flogosi dell'anoderma, come dimostrato dall'esame manometrico e dalle biopsie.

Tali fenomeni infiammatori sono probabilmente legati anche alla presenza di stipsi post-operatoria non adeguatamente trattata.

Questa particolare situazione spiega perché l'intervento chirurgico di Milligan-Morgan, eseguito per malattia emorroidaria sostenuta da un quadro di stipsi, si rende responsabile della comparsa di una patologia anale di tipo infiammatorio e ad un ipertono riflesso, se non si è provveduto precedentemente alla correzione della situazione di base.

La lieve incontinenza ai gas, osservata in due pazienti (10,5%) non sottoposti peraltro ad esame manometrico preoperatorio e a sfinterotomia laterale, è da ricondursi probabilmente ad un basso valore del tono di base, per cui da un punto di vista fisiopatologico, tale sintomo potrebbe essere legato ad una imperfetta chiusura dell'ano, determinata dalla mancata in-

terposizione dei cuscinetti emorroidari asportati chirurgicamente ed ad un basso tono di base preoperatorio.

L'assenza, nella nostra esperienza, di ragadi anali tardive è da riferire ad una attenta valutazione clinica preoperatoria ed all'ausilio dell'esame manometrico che, laddove ha evidenziato fenomeni d'ipertono sfinteriale, ci ha indicato l'associazione della sfinterotomia laterale.

Inoltre, l'accorgimento tecnico da noi adottato a completamento dell'intervento di Milligan-Morgan, consistente nell'asportazione delle marische e nella plastica a lembo dei ponti cutaneo-mucosi residui, ha permesso di evitare la comparsa di marische sintomatiche, così come di stenosi anali postoperatorie, di proctorragie o di formazioni ascessuali e fistole.

Alla luce della nostra esperienza riteniamo di poter concludere che le sequele tardive post-operatorie, così come riferito in letteratura, rappresentano una problematica di rilievo nell'ambito del trattamento chirurgico della malattia emorroidaria con tecnica di Milligan-Morgan.

Lo studio clinico, così come da noi condotto, permette di considerare che, ferma restando la validità e l'efficacia dell'intervento di Milligan-Morgan, solo uno studio preoperatorio accurato e completo tendente ad evidenziare affezioni associate può evitare la comparsa di una

patologia anale minore, che laddove presente, è stata tuttavia da noi risolta con semplici presidi terapeutici.

RIASSUNTO

Gli AA. riportano i risultati della loro esperienza nel follow-up di pazienti sottoposti ad emorroidectomia secondo Milligan-Morgan.

Valutano i risultati postoperatori a distanza, individuano i sintomi più frequentemente riscontrati e ne studiano le possibili implicazioni fisiopatologiche.

Concludono sottolineando l'importanza di un approfondito studio preoperatorio quale presidio necessario al fine di ridurre al minimo l'incidenza di tali sequele.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Davy A., Marel U.: « Etude des suites operatoires des hemorroidectomies realisees par la technique de l'Hopital Saint-Mark de Londres (A propos d'une serie de 900 cas) ». *Chirurgie*, 97, 387, 1971.
- 2) Genova G., Disclafani G., Romeo G., Gottoni C., Gemma I., Chifari A., Marazzo A., Bazan B.: « L'emorroidectomia sec. Milligan-Morgan nella nostra esperienza ». Atti S.C.S., p. 143, Palermo 1985.
- 3) Goligher J.C.: « Surgery of the anus, rectum and colon » (third edit.). Ed. Balliere Tindall, London, 1975.
- 4) Gruvez J.A.: Emorroidi: scelta della terapia e valutazione dei risultati ». *Rivista Italiana di Coloproctologia*, 1, 70, 1982.
- 5) Libeskind M.: « Traitement des hemorroides ». *La Pratique Medicale*, 6, 39, 1983.
- 6) Militarev J.M., Protasevitsch N.N.: « Haemorrhoidectomy. Comparative appraisal in the light of the long-term results ». *Am. J. Proctol.*, 28, 43, 1977.
- 7) Milligan E.T.C., Morgan C.N., Jones L.E., Officier R.: « Surgical anatomy of the anal-canal the operative treatment of haemorrhoids ». *Lancet*, 2, 1119, 1937.
- 8) Montorsi W.: « Le emorroidi e il loro trattamento ». Atti S.I.C., p. 49-165, Roma 1984.
- 9) Mori G., Tajana A., Mazzullo V., Zennarello F., Ugazio M.G.: « Per un trattamento razionale della patologia emorroidaria ». *Minerva Chirurgica*, 40, 161, 1985.
- 10) Omodei Salé S., Fusato G., Vidali M., Segato G.: « L'intervento di Milligan e Morgan nel trattamento chirurgico delle emorroidi ». *Min. Chirurgica*, 38, 553, 1983.
- 11) Panichi S., D'Elia M., Fucini C., Herd, Smith A., Malantatis G.: « L'intervento di Milligan-Morgan nel trattamento delle emorroidi ». *Rivista Italiana di Colon-Proctologia*, 6, 176, 1987.
- 12) Succi L., Russello D., Racalbuto A., Scilletta B., Carnazza M., Blandino R., Latteri F.: « Il trattamento dei noduli emorroidari soprannumerari nell'intervento di Milligan-Morgan. Esperienze personali ». *Rivista Italiana Colon-Proctologia*, 7, 82, 1988.
- 13) Terranova O.: « Le complicanze del trattamento cruento delle emorroidi ». *Rivista Italiana di Colon-Proctologia*, 1, 63, 1982.
- 14) Turra G., Bellinzoni P., Santangelo A., Di Guglielmo A.: « Emorroidectomia secondo Milligan e Morgan ». *Minerva Chirurgica*, 40, 173, 1985.