

La storia clinica della malattia emorroidaria porta molto spesso a trovarsi nella situazione in cui, ad un certo punto, l'unica opzione per controllarla è l'intervento chirurgico.

La chirurgia delle emorroidi ha come scopo quella di asportare il tessuto emorroidario e contemporaneamente legare le arterie che fanno affluire il sangue nel pacchetto emorroidario, portandole dunque a scomparire. Nell'immaginario collettivo l'intervento per emorroidi è spesso considerato "minore" ma in realtà nasconde insidie e difficoltà legate al fatto che l'asportazione del tessuto emorroidario deve essere il più simmetrico ed anatomico possibile, in modo da rispettare l'integrità, l'elasticità e la conformazione delle strutture sfinteriali e della conformazione del canale anale, che deve accogliere e permettere l'espulsione della massa fecale.

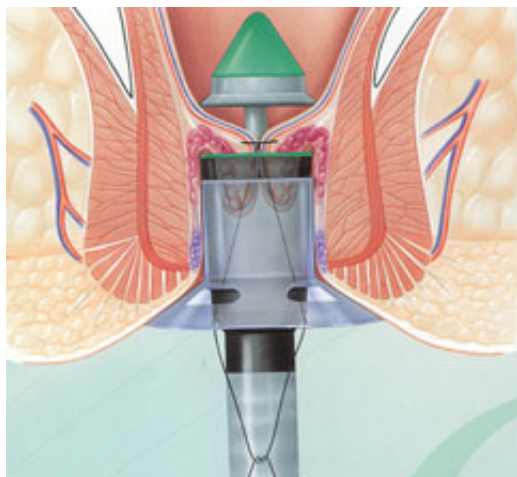
Quali sono le tecniche chirurgiche disponibili?

Attualmente vengono utilizzate diverse tecniche che il chirurgo sceglie in base al grado delle emorroidi ed al risultato che si vuole ottenere. Tra esse troviamo:



Emorroidectomia tradizionale

È il classico intervento descritto da Milligan-Morgan a cui nel tempo diversi chirurghi hanno apportato delle varianti tecniche che però non hanno modificato il principio della tecnica che consiste nella asportazione del tessuto emorroidario. L'intervento infatti consiste nella asportazione dei pacchetti emorroidari mediante bisturi elettrico o bisturi ad ultrasuoni, coagulando anche l'arteria che le alimenta. Un accorgimento importante da tenere presente in questa tecnica è che non si possono rimuovere le emorroidi per tutta la circonferenza del canale anale ma, nei punti tra una asportazione e l'altra, bisogna lasciare un ponte di mucosa integra. Ciò per garantire la ricrescita della nuova mucosa sana e scongiurare così il rischio di stenosi del canale anale. Si tratta di un intervento importante ma decisamente efficace che viene eseguito in anestesia spinale o generale. Nel decorso postoperatorio può portare ad importante dolore, perciò nella mia pratica, al termine dell'intervento eseguo un blocco delle sole terminazioni nervose del dolore, attraverso delle iniezioni di anestetico.



Emorroidectomia con Sutturatrice Meccanica

Questa tecnica si propone di correggere, non solo le emorroidi ma anche il prolasso (discesa) della mucosa anale che esse causano, ristabilendo dunque la conformazione e le connessioni anatomiche nel canale anale e riportando in posizione i cuscinetti di mucosa emorroidaria sana.

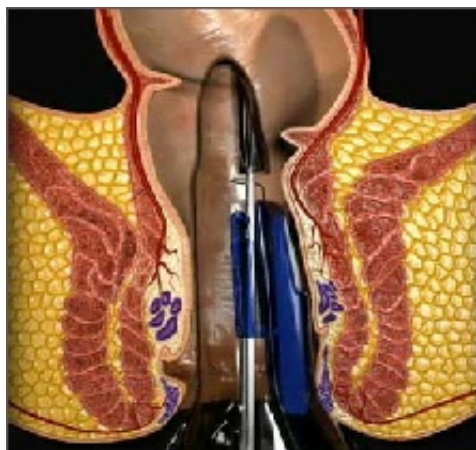
La tecnica prevede la realizzazione, all'interno del canale anale, di una sutura che guidi l'azione svolta da una suturatrice meccanica circolare. Una volta introdotta nel canale anale, la suturatrice asporta i cuscinetti emorroidari malati e contemporaneamente, con le sue graffette metalliche sutura tra loro in senso circolare le porzioni di cuscinetti di mucosa sani. L'intervento è piuttosto breve e dura circa trenta minuti al termine del quale si ottiene un lifting interno della mucosa. Il vantaggio di questa tecnica è sicuramente il minore dolore rispetto alla emorroidectomia tradizionale.



Emorroidectomia con Fotocoagulazione Laser

Il laser viene veicolato attraverso un dispositivo inserito per via anale. Si ottiene così la fotocoagulazione dei rami dell'arteria emorroidaria sotto guida doppler. L'innovazione di questa metodica è data dal fatto che non si effettua una asportazione di tessuto ma il raggio laser determina l'interruzione del nutrimento alle emorroidi attraverso la chiusura delle sue arteriole. La procedura dura circa trenta minuti, non prevede medicazioni ed il paziente può lasciare la clinica dopo pochissime ore.

I cuscinetti emorroidari privati dell'afflusso di sangue progressivamente si detendono, portando a miglioramento della sintomatologia. Nell'eventualità si può ripetere senza alcuna controindicazione.



Dearterializzazione emorroidaria

Anche questa recente tecnica si fonda sul principio di interrompere l'afflusso ematico alle emorroidi. In questo caso viene utilizzato un particolare anoscopio dotato di sonda doppler. Il chirurgo utilizza il device per "ascoltare" e seguire tutti i rami arteriosi emorroidari fino ad un determinato livello del canale anale, laddove si posizioneranno dei punti di sutura così da interromperne il flusso.

Questa tecnica inoltre permette nel corso dello stesso intervento di eseguire un lifting della mucosa in modo da sollevarla e riportarla in posizione, ristabilendo la silhouette anatomica del canale anale.

Cosa mi accadrà in occasione dell'intervento?

Nella mia pratica clinica, durante la visita preoperatoria, mi piace fermarmi a spiegare ai miei pazienti le caratteristiche dell'intervento e la scelta tecnica che adotterò, mettendo in conto la possibilità di cambiare strategia anche durante la procedura. Questo perché con l'anestesia si ha il rilassamento della muscolatura pelvica, per cui capita di notare che il prollasso emorroidario è maggiore di quello valutato durante la visita.

Quando il paziente giunge in ospedale il giorno stesso dell'intervento, viene accolto dalle mie infermiere del Day Surgery e preparato per la sala operatoria. L'anestesista somministra l'anestesia di solito con puntura spinale, anche se alcuni pazienti talvolta preferiscono l'anestesia generale. Inizia così l'intervento che a seconda delle tecniche può durare dai trenta ai quarantacinque minuti.

Il pezzo anatomico viene poi mandato ad esaminare, poiché alcuni studi hanno dimostrato che nel tessuto potrebbero nascondersi i segni di una Malattia Infiammatoria Cronica.

Al termine della procedura posiziono un tampone emostatico endoanale che verrà eliminato spontaneamente alla prima defecazione. Dopo essere tornato in stanza, nel pomeriggio sono solito rivedere i pazienti e verificare che l'immediato decorso post-operatorio sia regolare. Consegno dunque la lettera di dimissione assieme a dei consigli dietetici e di stile di vita da seguire nei giorni successivi.

Quali sono i rischi?

La chirurgia delle emorroidi è particolarmente delicata e come ogni intervento chirurgico è esposto a complicanze che influiscono in totale nella misura del 10%.

Le complicanze più comuni sono il sanguinamento, infezioni e difficoltà urinaria che si verificano generalmente nei pazienti sottoposti ad anestesia spinale. Un piccolo sanguinamento è normale nei primi giorni dopo l'intervento e si risolve nel giro di 4-5 giorni.

Il gonfiore in sede anale e la sensazione di stimolo alla defecazione sono effetti previsti e legati allo stress

chirurgico, ma scompaiono nel giro di pochi giorni.

Il dolore è uno dei sintomi più temuti ed è legato soprattutto al passaggio delle feci sui punti di sutura o sul territorio della mucosa emorroidaria cruentata dall'intervento. Anche la costipazione post-chirurgica è frequente e dovuta al fatto che i pazienti evitano di defecare per paura di avvertire dolore. Per questa ragione consiglio l'assunzione di blandi lassativi da assumere con abbondante acqua. Altre complicanze minori sono la perdita di sensibilità nella regione anale e la comparsa a distanza di tempo di piccole pinne cutanee che però possono essere rimosse facilmente in anestesia locale.

Le complicanze più temute sono quelle tardive che cioè si verificano a distanza dall'intervento, tra cui troviamo la stenosi anale e l'incontinenza. Per fortuna si tratta di eventi avversi infrequenti che interessano solo 1% degli operati e che comunque si possono risolvere con un altro intervento.

Attenzione! Se nel post-operatorio si verifica un rialzo di temperatura superiore ai 38°C oppure si nota un sanguinamento importante con fuoriuscita di coaguli, è consigliabile recarsi subito in ospedale.

Qualche consiglio

Di solito la terapia analgesica consigliata in dimissione è sufficiente a controllare il dolore, ma se ciò non dovesse bastare, consiglio di fare un semicupio con acqua tiepida e di sedere su un cuscino morbido.

È fondamentale utilizzare blandi lassativi, bere molta acqua e avere una dieta ricca di fibre, questo per rendere le feci morbide e permettere la guarigione del sito chirurgico che si verifica in 6-8 settimane.

Le donne in gravidanza nell'85% dei casi hanno problemi anorettali e se già soffrivano di malattia emorroidaria, questa sarà ancora più accentuata. In queste pazienti si cerca di gestire la malattia conservativamente e rimandare l'intervento almeno dopo l'8^a settimana post-parto.

Di seguito il link all'articolo: [Emorroidi, come gestire le fasi iniziali della malattia](#)

Di seguito il link all'articolo: [Emorroidi, le terapie alternative all'intervento chirurgico](#)