

Malati & malattie

Gloria Sacconi Jotti

Spazio alla chirurgia ambulatoriale

*L'intervento traumatico tradizionale con pinze ad ultrasuoni va riservato ai casi più gravi
Una nuova metodica mininvasiva come THD evita il dolore e conquista i colonproctologi*

Luigi Cucchi

■ In Italia, per molte patologie si registra un eccesso di interventi chirurgici. Si abusa della chirurgia che potrebbe essere in molti casi sostituita da trattamenti ambulatoriali meno traumatici e meno costosi. La Società italiana di chirurgia coloretale (Siccr) ne è convinta ed allarmata per la grande crescita degli interventi sulle emorroidi (circa 40mila) che sono eseguiti sul 35 per cento dei pazienti con questa patologia, mentre negli Stati Uniti solo sul 10 per cento. Si calcola che il 40% delle persone adulte e il 60% delle donne in gravidanza ne soffre.

«Le cure dovrebbero essere effettuate in base alla tipologia del prolasso. L'intervento chirurgico, punto di riferimento della terapia radicale, va limitato ai casi più gravi, quando il prolasso non rientra spontaneamente. Fino al 90% delle emorroidi può essere trattato ambulatorialmente», afferma il professor Aldo Infantino, segretario della Società italiana di chirurgia coloretale, ricordando che occorre correggere cattive abitudini non solo alimentari, ma anche di diarrea e prolungate letture in bagno. Infantino, siciliano di nascita (è nato a Grotte di Agrigento), è veneto di adozione: si è laureato all'università di Padova, dove ora insegna alla scuola di specializzazione ed è responsabile dell'unità di chirurgia generale all'ospedale di San Vito al Tagliamento (Pordenone). «L'intervento chirurgico Milligan-Morgan per meglio ridurre il dolore utilizza oggi pinze ad ultrasuoni o a radiofrequenza. Il trattamento ambulatoriale prevede la legatura del tessuto emorroidario in aree prive di terminazioni dolorifiche. Le emorroidi - ricorda Infantino - non sono varici, ma cuscinetti vascolari, cioè corpi cavernosi che hanno le funzioni del completamento della



ECCESSI In Italia si eseguono 40mila interventi chirurgici sulle emorroidi, si opera il 35% dei pazienti

continenza. Diventano malattia se sanguinano, aumentano di volume, danno origine al prolasso. Rinviare la visita medica significa ritardare i trattamenti e in molti casi rischiare di peggiorare la gravità della patologia».

Le terapie a disposizione sono numerose. Già nell'antichità gli egiziani curavano le malattie ano-rettali, i greci fermavano l'emorragia con il fuoco e cauterizzavano i corpi cavernosi. I romani impiegavano le prime specule in metallo. A fine Ottocento si usava, per una azione sclerosante, fenolo su olio minerale. A Londra, al Saint Mark's hospital, centro di eccellenza per questa patologia, si sono sviluppate molte nuove metodiche. L'inglese Barron per primo effettuò la



Aldo Infantino
chirurgo e
presidente Siccr

legatura di una parte della mucosa rettale contenente emorroidi, priva di terminazioni nervose, provocandone la necrosi. Milligan e Morgan, proprio al Saint Mark's, evitarono l'incontinenza e la riduzione di sensibilità con la escissione dei tre peduncoli principali. Negli anni Sessanta il chirurgo inglese Alan Park riuscì a ridurre le ferite aperte e, per il suo contributo allo sviluppo della scienza, fu nominato Sir. Nel passato più recente la sala operatoria era richiesta solo per il 20 per cento dei pazienti. Poi, anno dopo anno, la chirurgia ha preso il sopravvento. «Crescono così anche i dubbi sulla corretta indicazione chirurgica di questo intervento», dichiara il professor Infantino. Per evitare

l'asportazione chirurgica delle emorroidi vi sono oggi numerose metodiche innovative. La emorroidopessi, con suturatrice circolare proposta dall'italiano Longo, riporta i cuscinetti prolapsanti all'interno con una sutura-sezione di una zona circolare di mucosa rettale. I risultati sono lusinghieri per quel che riguarda il dolore post-operatorio. La degenza ospedaliera è in genere di un solo giorno e veloce la ripresa lavorativa. Deludente è invece il tasso di recidive che arriva, secondo alcune pubblicazioni, fino al 25 per cento ad un anno dall'intervento. Alcune complicanze, poco frequenti, possono inoltre risultare gravi o invalidanti. Il dolore post operatorio cronico può essere dovuto alla ritenzione delle aggraffe della suturatrice e ad una sutura in zona sensibile. Per evitare le emorragie, altra complicanza, occorre suturare la ferita interna, e in casi rarissimi risulta necessario realizzare un ano artificiale. Complicanze inaccettabili se si pensa che si tratta di una malattia benigna. Una nuova tecnologia ancora meno invasiva è data dalla legatura dei vasi arteriosi emorroidari terminali individuati con un Doppler endoanale, in inglese THD da Transanal Hemorrhoidal Doppler ligation (www.thdlab.it). La tecnica, in uso dal 1995, è effettuabile in Day Hospital con anestesia locale e sedazione. In questi 13 anni è risultata di elevata efficacia. Uno studio multicentrico condotto su pazienti con emorroidi di II grado, in cui non era possibile un trattamento ambulatoriale, e di III grado, ha rivelato che il 71% dei pazienti non ha fatto uso di analgesici dopo l'intervento. Inoltre il sanguinamento è stato risolto in più dell'80% dei casi, mentre il dolore era scomparso nel 92%. L'85,7% dei pazienti si dichiarava guarito. I centri di colonproctologia accreditati dalla Siccr sono presenti nel portale www.siccr.org.