

La terapia chirurgica delle emorroidi e della defecazione ostruita fra realtà e contraffazione

VITTORIO L. PILONI

Centro diagnostico N. Aliotta, Casa di Cura Villa Silvia, Senigallia (Ancona)

Negli ultimi anni viene usata da molti chirurghi una operazione chiamata "emorroidopessi con stapler". A differenza della emorroidectomia standard, cioè della asportazione delle emorroidi, che si esegue manualmente, con questa tecnica che si avvale di una suturatrice meccanica (stapler), non si asportano le emorroidi, bensì le si riposizionano più in alto. Inoltre si asporta un cilindro di mucosa rettale prolapsata all'interno del canale anale, fenomeno che può accompagnarsi alle emorroidi.

Il vantaggio di questa operazione è che in genere dà meno dolore e più breve convalescenza rispetto all'altra. Gli svantaggi sono che dà più complicanze gravi e che più spesso le emorroidi recidivano. È quanto emerge dalla revisione sistematica dei lavori prodotti in letteratura dai vari autori e che mette a confronto la emorroidopessi con stapler e la emorroidectomia tradizionale (Nizar e Coll. Dis Colon Rectum, 2004). Fra le complicanze maggiori vanno ricordate le sepsi pelviche che possono richiedere il confezionamento di una stomia, ovvero di un ano artificiale. Le più frequenti, invece sono il dolore anale persistente, l'emorragia post-operatoria grave, la ragade anale, il prolasso muco-emorroidario.

Un altro aspetto da considerare è la necessità di reintervento, che si aggira intorno all'11% per motivi quali la rimozione dei punti metallici o la sutura di vasi sanguinanti.

Un'altra operazione innovativa, molto reclamizzata sulla stampa d'informazione, proposta per la cura "definitiva" della stitichezza da rettocele e intussuscezione ("Stipsi addio. Per sempre". Donna Moderna; e www.emorroidiestipsi.com) è la STARR o Stapled Transanal Rectal Resection, resezione transanale del retto con suturatrice meccanica. L'intervento viene pubblicizzato come capace nella quasi totalità dei casi di evitare estenuanti sedute in bagno e l'assunzione di clisteri e lassativi per stimolare la defecazione, restituendo ai pazienti ad una vita normale. I fautori di questa tecnica, a seguito di uno studio prospettico multicentrico, mettono in risalto la brevità del tempo operatorio (43 minuti in media) e della permanenza ospedaliera (poco più di 2 giorni) con dolore postoperatorio minimo, mentre il tempo medio per riacquistare le normali attività si aggira intorno ai 10 giorni. Il tutto, a fronte di complicanze lievi (urgenza evacuativa, incontinenza ai gas, ritenzione urinaria, sanguinamento, stenosi dell'anastomosi, ecc.) con percentuali progressivamente decrescenti dal 17.8 al 3.3% dei casi. In aggiunta, tutti i sintomi della costipazione (punteggio, gravità, esame clinico-strumentale) migliorano e in nessun caso alcuna lesione agli sfinteri anali è stata causata dall'operazione. Gli stessi concludono pertanto che questa nuova tecnica è sicura ed efficace. In effetti, in pazienti ben selezionati, a volte l'intervento funziona anche se in realtà sembra che solo metà degli operati risolvano i loro problemi di stitichezza.

Personalmente, quello che spesso mi colpisce nel racconto di alcuni pazienti al momento di sottoporsi all'esame

defecografico preoperatorio (uno degli accertamenti su cui si basa la selezione), è il ricordo di una certa "pressione" a fare in fretta, in quanto già iscritti nella lista operatoria con tanto di data relativa al giorno dell'intervento, il più spesso in una struttura privata. Un po' come se l'intervento fosse deciso quasi indipendentemente dal risultato dell'esame.

Forse non è un caso se poi sono proprio loro a distanza di tempo a lamentare una mancata risoluzione dei sintomi ed anzi a notarne l'insorgenza di nuovi, come emerge appunto dalla testimonianza fornita al controllo radiologico postoperatorio per qualche serio inconveniente verificatosi in seguito. L'ematoma perianastomotico, le stenosi cicatriziali del canale anale che richiedono cicli di dilatazioni o un reintervento, la ritenzione dei punti, il sanguinamento e la dispareunia (rapporti sessuali dolorosi nella donna) sono le conseguenze più sgradevoli e invalidanti che punteggiano il domani doloroso di questi pazienti.

Insomma, che dire, a volte sembra proprio che certe scelte chirurgiche rispondano a logiche di convenienza commerciale piuttosto che a rigorosi criteri scientifici.

Di seguito, riportiamo una testimonianza, fra le tante pervenute via e-mail alla associazione «[lavocedelpaziente.org](http://www.lavocedelpaziente.org)» che sembra convalidare l'idea di una realtà ben diversa da quella spesso diffusa dalla stampa non medica e dai resoconti che si ascoltano in certi convegni di colo proctologia, secondo cui l'indice di soddisfazione per i risultati di questi interventi proposti come "gold standard" nella cura delle emorroidi e della defecazione ostruita supera l'80%.

Ecco allora la testimonianza (sintetizzata dal sottoscritto e priva dei commenti del paziente) del sig. Camillo M., giunta nel Dicembre 2006, che ci fa ripercorre le tappe post-operatorie di un paziente "tipo" operato in data 2002 per emorroidi al 3° stadio e ragade anale con la tecnica sopramenzionata: marcato dolore nei tre giorni successivi all'intervento e rettoregia protratta per 8 mesi; quattro esami endoscopici nei 2 anni successivi con diagnosi via via di sospetta proctite ulcerosa, polipi infiammatori della mucosa rettale, flogosi del canale anale con clip metallica sulla linea di sutura meccanica distale; un esame defecografico, una ecografia endorettale e due manometrie anorettali; un reintervento a quattro anni di distanza dal primo con diagnosi di stenosi anale su cercine anastomotico post-emorroidectomia.

Tante volte mi sono chiesto, rileggendo questo decorso: chissà come era stato classificato in questi casi il paziente da chi lo ha operato per primo: fra i successi o fra i fallimenti, fra i soddisfatti o gli insoddisfatti?

Forse sarebbe proprio il caso di istituire un registro di tutti gli operati chiedendo ai pazienti stessi di far pervenire le loro impressioni dirette, compilando un modulo prestampato e di inviarlo ad un centro di raccolta per essere esaminato da una commissione paritetica mediante una analisi statistica obiettiva, priva di manipolazioni.

I sostenitori dell'intervento, per primi, dovrebbero compiacersi di aderire ad una simile iniziativa.