

La malattia emorroidaria

Dott. Fabio Fabiano



Ospedale Evangelico Internazionale Genova Castelletto

Definizione

Le emorroidi sono cuscinetti molto vascolarizzati, dall'aspetto spugnoso, costituiti da musosa, sottomucosa e tessuto vascolare, che fanno parte solitamente, in numero di tre, della normale anatomia della parete del canale ano-rettale e che contribuiscono al mantenimento della continenza: la loro topografia standard corrisponde alle branche terminali dell'arteria emorroidaria superiore. La disposizione in tre gavoccioli principali non è sempre costante (è presente nel 60% dei casi). Talora esiste un quarto pacchetto posteriore, oppure le emorroidi sono così sviluppate da formare un tessuto mucoso circolare.

Normalmente servono per:

1. "Accompagnare" le feci all'esterno, riducendo così il trauma meccanico a livello del canale anale
2. Completare il complesso sistema della continenza fecale

Solo in caso di sintomatologia si parla di malattia emorroidaria.

Cosa è la malattia emorroidaria ?

Le emorroidi patologiche sono dei corpi cavernosi di volume aumentato contenenti sangue venoso e arterioso che possono protrudere dall'ano.

A seconda del plesso da cui traggono origine possono

essere suddivise in:

- Emorroidi Interne
- Emorroidi Esterne

si intende la sindrome che consegue al deterioramento della normale situazione

E' la patologia ano-rettale benigna più frequentemente diagnosticata.

Storia della malattia emorroidaria

La storia della malattia emorroidaria inizia già in un codice babilonese nel 2500 a.c. e nei papiri egizi del 1700 a.c. Nell'Antico Testamento la crisi emorroidali viene più volte descritta nel libro di Samuele, ed è descritta come la disgrazia seconda solo alla morte; sono i Greci a dare il nome alla patologia: dal greco Haim = sangue e Rhoos = flusso, a sottolineare il sintomo che le caratterizza. Già Ippocrate nel 400 a.c. le curava con una terapia conservativa a base di crema di grasso d'oca con aggiunta di tamarisco e lino, o una terapia chirurgica mediante cauterizzazione con ferro rovente; veniva praticata in alternativa anche la dilatazione anale forzata. Galeno usava le sanguisughe, e tale rimedio è resistito fino al secolo scorso.

Plessi emorroidari

con progressivo peggioramento della situazione anatomica delle str

Emorroidi interne: aumentano di volume dentro il canale anale e si manifestano in genere durante il passaggio del bolo fecale con: dolore, sanguinamento, prurito e, possono prollassare all'esterno dell'ano, potendo rientrare spontaneamente o con la digitazione: sono molto dolorose se non si riescono a ridurre all'interno del canale anale.

Emorroidi esterne: si sviluppano in corrispondenza del margine anale: più frequentemente delle interne possono complicarsi con la formazione di coaguli nel loro interno (trombosi emorroidaria - ematoma perianale). In questo caso sono molto dolorose.

Epidemiologia

La malattia emorroidaria è una delle malattie più comuni, interessa il 30-50% della popolazione adulta, costituendo una malattia sociale. E' più frequente nei paesi civilizzati, dove si stima ne soffrono 5 persone su 100. L'incidenza più alta si colloca tra i 45 e i 65 anni.

Nell'Africa Centrale è una malattia pressoché sconosciuta, a testimonianza di quanto lo stile di vita e l'alimentazione siano importanti per lo sviluppo della malattia emorroidaria.

Italia: si stima una incidenza annua di 1 milione di nuovi casi (2% circa della p hanno un'età compresa tra i 40 e i 60 anni (41%), mentre sono il 29% tra i 20

Eziopatogenesi

Patologia multifattoriale:

Fattori predisponenti:

- Età (40-60 aa)
- Ereditarietà (familiarità)
- Dieta (uso di spezie, scarsità di fibre, insaccati, cioccolato, alcool)
- Costituzionale (lassità connettivale con associazione di varici arti inferiori, ernie, varicocele, ptosi viscerali)
 - Sedentarietà / stile di vita / obesità
 - Stipsi cronica
 - Attività sportiva (ciclismo, motociclismo, equitazione)
- Profilo ormonale (gravidanza, assunzione di contraccettivi)

Fattori scatenanti:

- Turbe dell'alvo (stipsi, diarrea, abuso di lassativi, prolungato ponzamento)
 - Gravidanza e parto

Fisiopatologia

Iperplasia vascolare

Degenerazione del tessuto connettivo con lassità del tessuto muscolo-ligamentoso di sostegno (m. di Treitz, m. di Parks)

Alterazione drenaggio venoso

Alterazione del tono sfinteriale anale (ipertono)

Scivolamento dei cuscinetti emorroidari

Malfunzionamento degli shunt arterovenosi del plesso emorroidario

ca la loro discesa nel canale anale. Questo è dovuto oltre che all'età, anche al p

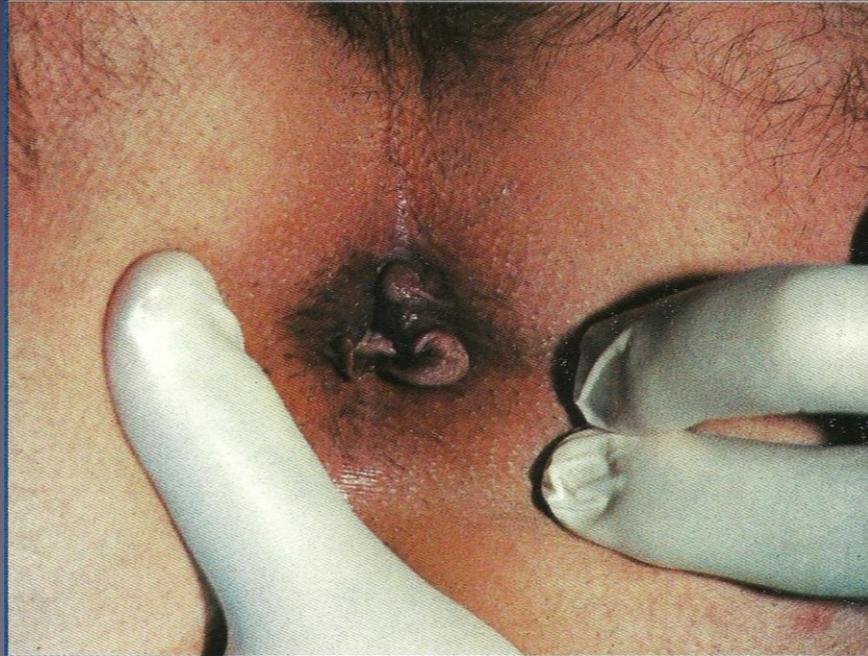
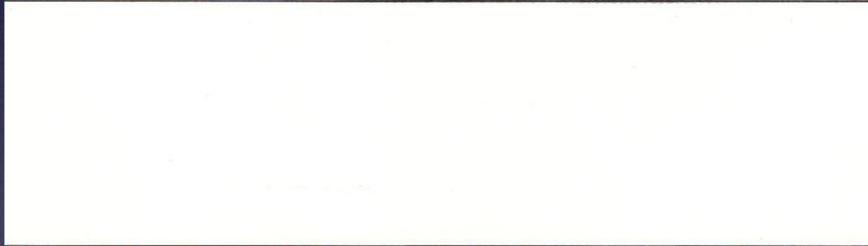
Topografia

Nella maggior parte dei casi si tratta di 3 cuscinetti anali localizzati sopra la linea dentata e costituiti da seni venosi (plesso venoso emorroidario interno) sostenuto da tessuto connettivo e tessuto muscolare liscio ricoperti da mucosa. La disposizione più frequente comprende un pacchetto in sede laterale sinistra del canale anale (ore 3), un pacchetto in sede posteriore destra del canale anale (ore 7) e un pacchetto in sede anteriore destra del canale anale (ore 11).

Sono strutture anatomiche, i gavoccioli emorroidari, importanti per contenere la continenza ai gas e ai liquidi.

Spesso le emorroidi si possono accompagnare a:

lesioni della cute e del margine anale, spesso esiti di episodi di tromboflebite emorroidaria, talora assumono l'aspetto di veri polipi (cosiddetti polipi fibroepiteliali), con la loro



Classificazione

Esistono varie classificazioni che definiscono i gradi di gravità della malattia emorroidaria:

Classificazione anatomica di Parks:

- 1° Grado: emorroidi piccole nel canale anale
- 2° Grado: emorroidi con episodi di prolasso ma che rientrano spontaneamente
- 3° Grado: emorroidi che prollassano ma che devono essere riposte digitalmente
- 4° Grado: emorroidi prollassate che non rientrano anche se riposte digitalmente

Classificazione

Esistono varie classificazioni che definiscono i gradi di gravità della malattia emorroidaria:

Classificazione clinica di Nicholls-Glass:

- 1° Gruppo: sintomi occasionali
- 2° Gruppo: sanguinamento senza prolasso
- 3° Gruppo: prolasso
- 4° Gruppo: prolasso con ampia componente esterna

Classificazione

Esistono varie classificazioni che definiscono i gradi di gravità della malattia emorroidaria:

Classificazione secondo Goligher:

- 1° Grado: emorroidi visibili alla proctoscopia che possono fuoriuscire sotto sforzo ma non sono prolassate
- 2° Grado: prolasso visibile a livello del margine anale sotto sforzo con riduzione spontanea al termine di questo
- 3° Grado: il prolasso deve essere ridotto manualmente
- 4° Grado: prolasso irriducibile

Classificazione

Esistono varie classificazioni che definiscono i gradi di gravità della malattia emorroidaria:

Classificazione secondo la teoria unitaria del prolasso:

1. Prolasso mucoso interno o occulto
2. Prolasso mucoso con invaginazione nel canale anale
3. Prolasso completo con fuoriuscita esterna dei pacchetti emorroidali
4. Prolasso completo con invaginazione retto-rettale, retto-anale e/o rettocele

del retto con conseguente kinking dei vasi sottomucosi e ostruzione al deflusso venoso, che non si può prescindere, soprattutto per il sesso femminile, dall'inquadramento degli altri organi p

Classificazione

Esistono varie classificazioni che definiscono i gradi di gravità della malattia emorroidaria:

Classificazione P.A.T.E. fa riferimento ai seguenti parametri:

P: localizzazione: emorroidi interne

A: eventi acuti (assenza - edema - trombosi)

T: tono sfinteriale (ipotono - normotono - ipertono)

E: emorroidi esterne (assenza noduli - presenza di emorroidi - topografia dei noduli)

Emorroidi secondarie

1. Da ipertensione portale (in relazione al fatto che il sistema venoso portale è privo di valvole)
2. Da stasi determinata da tumori endopelvici (ca del retto)
3. Durante la gravidanza spesso con reversibilità per aumento della pressione addominale

Sintomatologia

Esistono sintomi legati alle emorroidi e sintomi dovuti più strettamente al prolasso.

- Proctorragia (81%): il sanguinamento post-defecazione con emissione di sangue rosso vivo, spesso in quantità abbondante, è il sintomo più frequente. Tipicamente si realizza al momento della defecazione, dopo il passaggio delle feci. L'emorragia si arresta solitamente spontaneamente, e si presenta di piccola entità
- Dolore (35%): solitamente le emorroidi interne non sono dolenti; invece le emorroidi esterne provocano dolore quando complicate da edema e trombosi, infatti queste ultime sono innervate riccamente da terminali nocicettivi. Nella maggior parte dei casi un intenso dolore anale è da associare ad una ragade acuta, meno frequentemente ad un ascesso ano-rettale, ad una varice peri-anale trombizzata, o ad emorroidi interne prolassate trombizzate a configurare il cosiddetto "strangolamento emorroidario"; in tali casi il dolore o l'accentuarsi dello stesso, è associato alla defecazione
 - Ano umido (29%)
 - Prurito (62%)
 - Edema (47%)
 - Sintomi del prolasso (50%):
 - Tipo 1: ano umido, prurito, bruciore, dermatiti perianali;
 - Tipo 2: quelli precedenti più i sintomi da ostruita defecazione (eccessivo ponzamento durante le evacuazioni, senso di defecazione incompleta, necessità di lassativi o di manovre digitali
 - Tipo 3: prolasso esterno dei pacchetti emorroidari e trombosi
 - Tipo 4: tutti i precedenti aumentati di intensità

o rapporto clinicamente dimostrabile tra sviluppo delle emorro

Patologia anorettale con sintomi simili alla malattia emorroidaria

La diagnosi differenziale nella valutazione proctologica deve comprendere altre condizioni a livello anorettale:

- Anite
- Ascesso anale
- Candidosi anale e perineale
- Cancro ano-rettale
- Cisti coccigea o fistola pilonidale
 - Cisti sebacee
- Condilomi acuminati anali
- Malattia diverticolare sanguinante
 - Epitelioma peri-anale
 - Fistola anale
 - Foruncolo peri-anale
 - Herpes Simplex anale
 - Intertrigine
 - Lichen scleroatrofico perinatale
 - Linfogranuloma venereo
 - Morbo di Bowen
 - Morbo di Chron con locliazione anale
 - Morbo di Paget
 - Polipo ano-rettale
 - Proctite
- Prolasso mucoso o anorettale completo
 - Psoriasi
 - Ragade anale
 - Rettocolite Ulcerosa
 - Sifilide
 - Ulcera Solitaria del retto

Diagnostica

1. Visita proctologica
2. Esame obiettivo anorettale completo
3. Proctoscopia
4. Pancolonscopia e/o TC colonscopia virtuale

Valutazione clinica:

Si fa generalmente in posizione di Sims (decubito laterale sn), anche se in alcuni casi si può fare anche in posizione genupettorale o ginecologica. Con l'ispezione si valuta il perineo, l'ispezione dell'ano e dell'area peri-anale; permette di valutare le emorroidi di terzo e quarto grado, l'eventuale trombosi, esiti di sanguinamento e la patologia anale non emorroidaria. Con la palpazione si verifica la consistenza, dolorabilità e fissità di eventuali lesioni evidenziate all'ispezione e di eventuali infiltrati.

L'esplorazione digitale si fa mediante il guanto ricoperto di gel anestetico, si introduce il dito fino all'ampolla rettale che si palpa con movimento circonferenziale; si rinuncia alla manovra in caso di dolore eccessivo (per esempio in corso di trombosi emorroidaria), si valuta il canale anale e il contenuto rettale.

All'esplorazione digitale fa seguito l'esecuzione della proctoscopia mediante anoscopio dedicato, che consente di valutare lo stato locale endocanalare e del retto distale, per evitare il misconoscimento delle patologie associate (fistola perianale, patologia proliferativa o infiammatoria cronica del retto) che modificherebbero l'indirizzo terapeutico.

Utile in tal senso far eseguire una preparazione adeguata per la pulizia del canale anale con microclisma alla sera e al mattino della visita.

Nel caso in cui si associano sintomi come stipsi di recente insorgenza, o modificazioni dell'alvo, o disturbi del transito interinale, in pz di età superiore a 45 anni, soprattutto se vi è una anamnesi familiare positiva per eteroplasia, è opportuno richiedere lo studio del colon in toto mediante esecuzione di una pancolonscopia.

Terapia medica

Le emorroidi sintomatiche di primo grado vengono trattate con regime igienico-dietetico: dieta ricca in fibre (minimo 35 g fibra / die) per migliorare il quadro di stipsi, evitare alcool e spezie che accentuano la sintomatologia. Una buona attività fisica. Importante è anche il ruolo dell'igiene locale: è utile effettuare con attenzione la pulizia della regione anale con detergenti dedicati ed evitare sfregamenti locali, specie nelle forme prolapsate. In caso di riacutizzazione sono utili e semicupi tiepidi, che riducendo l'ipertono sfinterico possono alleviare lo spasmo anale spesso associato.

Unguenti, creme e supposte: esistono diverse preparazioni e specialità farmaceutiche, esse "non curano" la malattia emorroidaria, ma possono alleviare sintomi quali dolore, fastidio e prurito.

Preparati che contengono anestetici locali sono utili in caso di dolore, ma devono essere usati solo per un breve periodo (5-10 giorni), perché possono causare irritazione o sensibilizzazione se usati a lungo.

Preparati topici che contengono corticosteroidi possono essere utili in caso di infiammazione per mitigare il bruciore e il prurito; anche questi non vanno usati per lungo tempo.

Terapia orale: comprendono flavonoidi semi-sintetici che sono utili per migliorare il tono venoso, diminuire la permeabilità vascolare e l'infiammazione locale: si utilizzano in corso di terapia conservativa, e in fase pre- e post-operatoria per controllare la sintomatologia a favorire la terapia chirurgica e a ottimizzare il decorso post-operatorio nelle varie tecniche utilizzate per i vari gradi della malattia emorroidaria.

Terapia medica

Figura 9
Percentuale di pazienti affetti da malattia emorroidaria (n = 66) in cui il sintomo dolore e sanguinamento è migliorato-scomparso dopo trattamento con Diosmina pura 2 + 2 cpr die (1^a sett.) e 1 + 1 cpr die (2^a - 8^a sett.)¹⁷.

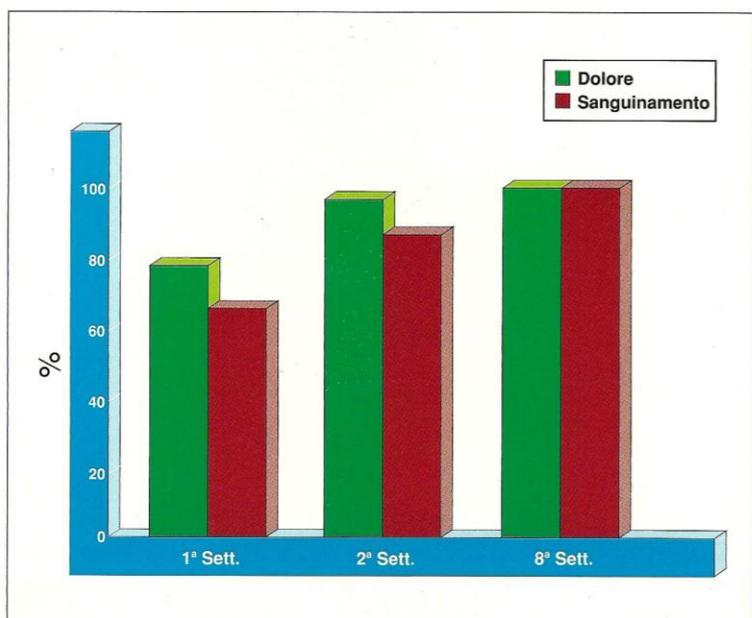
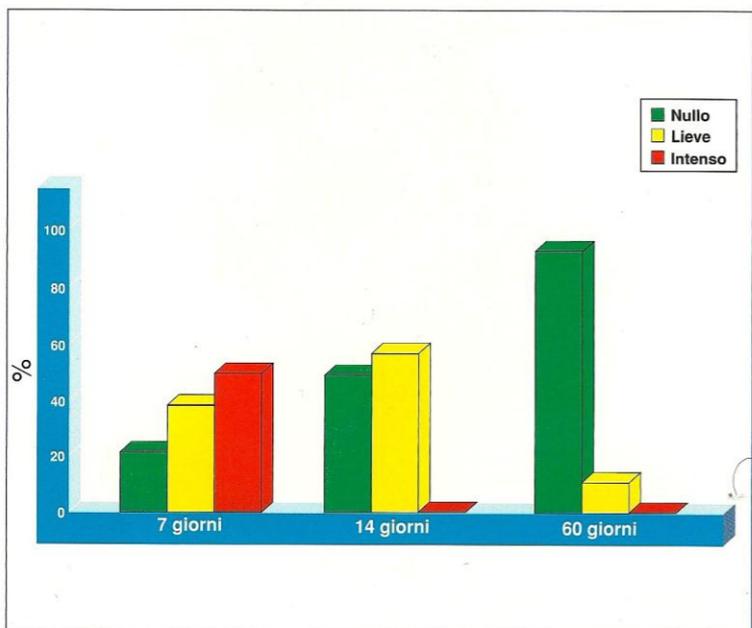


Figura 10
Percentuale di soggetti sottoposti ad emorroidectomia con regressione del dolore alla defecazione dopo trattamento con Diosmina 450 mg x 2 die per 1 settimana¹⁸.



Studi trial randomizzati hanno dimostrato l'efficacia dell'impiego dei flavonoidi micronizzati nel trattamento delle emorroidi interne sanguinanti.

I bioflavonoidi presentano effetti proteolitici ed attività anti-ossidante in grado di neutralizzare i radicali liberi e pertanto di limitare i processi infiammatori e i danni da essi provocati sulla parete vasale, influenzando positivamente il microcircolo, risolvendo l'edema e lo stato flogistico, consentendo un valido controllo della sintomatologia, delle manifestazioni cliniche della malattia emorroidaria.

Terapia chirurgica

La scelta dell'intervento viene fatta sulla base della visita proctologica, sulle indagini endoscopiche, e anche sulle caratteristiche fisiche del pz; viene condivisa con il pz per illustrare i vantaggi e limiti delle diverse possibilità terapeutiche sia in relazione al grado di malattia emorroidaria diagnosticata, in modo da calibrare il più possibile il trattamento sul singolo pz.

Il chirurgo ha oggi a disposizione tecniche ambulatoriali per il trattamento immediato e non chirurgico della malattia emorroidaria e moderne tecniche chirurgiche per asportazione delle emorroidi nei casi che lo richiedono o per il trattamento del prolasso, da cui esse molte volte derivano.

Metodiche ambulatoriali

- Legatura elastica

- Scleroterapia

- Crioterapia

- Tecnica HeLP

Metodiche chirurgiche

- Tecnica THD

- Emorroidopessi con Stappler circolare (tecnica secondo Longo)

- Emorroidectomia chiusa secondo Ferguson

- Emorroidectomia aperta secondo Milligan-Morgan

Terapia chirurgica

Tecniche:

Emorroidectomia aperta secondo Milligan-Morgan (1937)

Emorroidectomia chiusa secondo Ferguson (1959)

Emorroidectomia sottomucosa secondo Parks (1952)

Emorroidectomia diatermica con bisturi a ultrasuoni, con pinza bipolare, con radiofrequenza (autori vari, 1990)

Mucoprolassectomia secondo Longo (1993)

THD

(transanal hemorrhoidal dearterialization)

E' una tecnica "non escissionale": mediante il doppler si localizzano e si chiudono mediante punti transfissi i rami terminali delle arterie emorroidarie superiori, di solito sei a ore dispari, con conseguente riduzione del flusso ematico e conseguente riduzione del volume emorroidario.

In caso di prolasso mucoso associato si può eseguire una mucopessia settoriale, eseguendo una "plissettatura" della mucosa per cui alla successiva legatura si ottiene un lifting del tessuto emorroidario nel canale anale.

Vantaggi:

riduzione del dolore post-operatorio

minore stress chirurgico

ripresa più rapida dell'attività lavorativa

controllo del sanguinamento nel 90% dei casi con tasso di recidiva oscillante tra 10 e 15%

Svantaggi:

impossibilità del trattamento delle marishe anali associate

necessità di anestesia loco-regionale

Milligan-Morgan

Indicazioni:

Emorroidi di terzo e quarto grado
Emorroidi incarcerate o con trombosi acuta
Emorroidi con estesa componente esterna
Pazienti già sottoposti a terapia senza successo

Complicanze:

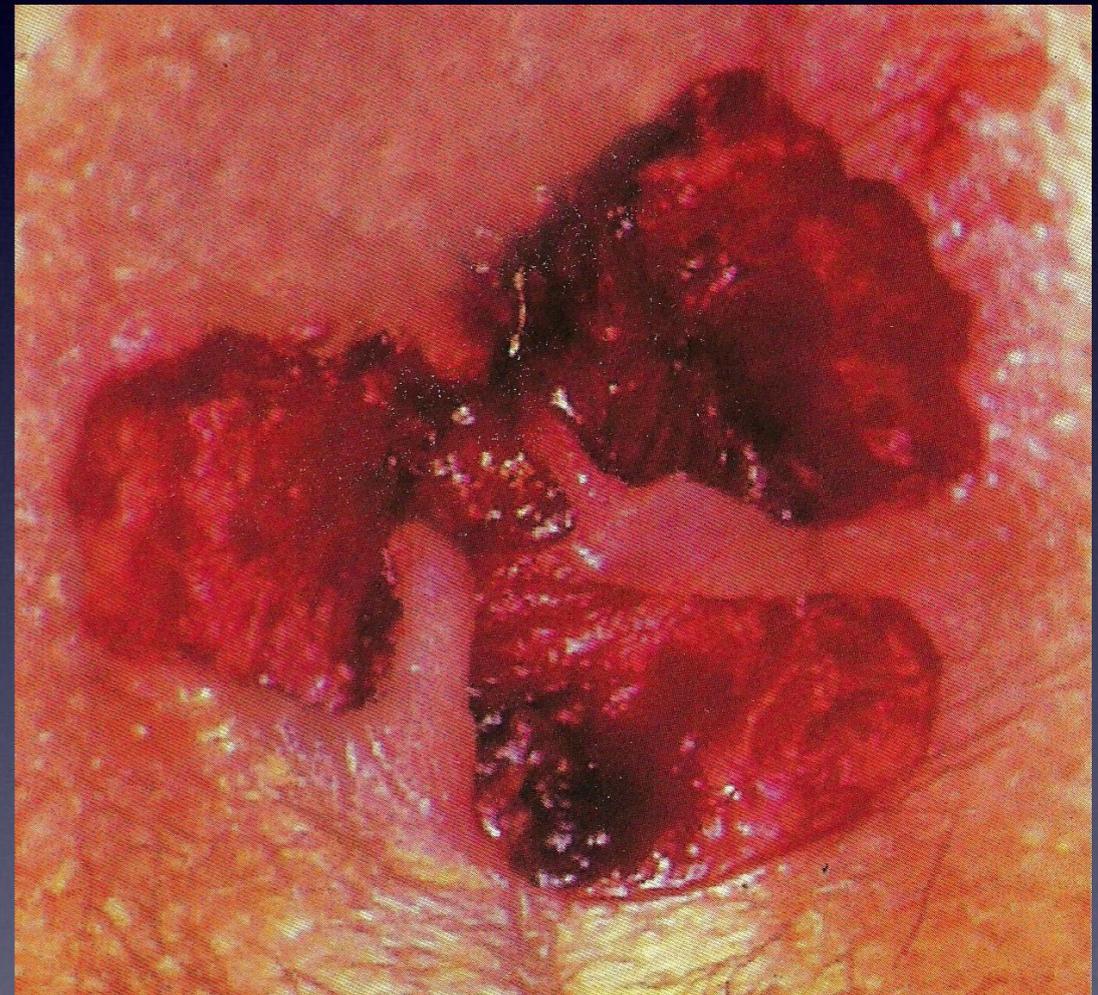
Infezione urinaria (2-36%)
Sanguinamento (6%)
Infezione (5%)
Stenosi anale (6%)
Incontinenza (2-12%)
Deficit sfinteriali (12%)
Dolore post-operatorio

Milligan-Morgan

Tecnica:

L'intervento consiste in una incisione a V a partire dalla cute peri-anale e procede con la dissezione della mucosa e del plesso artero-venoso fino alla linea pettinea; a questo livello si posiziona un punto transfisso alla base del lembo scollato con asportazione del gavocciolo trattato.

Tra le colonne emorroidarie escisse rimangono dei ponti cutaneo-mucosi che devono essere conservati e rispettati per favorire la rigenerazione epiteliale e prevenire la stenosi anale.



Tecnica secondo Longo

Emorroidopessi con suturatrice meccanica

nica, ovvero nella posizione prossimale del canale anale, i cuscinetti emo

Tecnica secondo Longo

Indicazioni:

Prolasso muco-emorroidario secondo - terzo grado sintomatico
Prolacco circonferenziale

Complicanze:

Proctorragia
Fistola retto-vaginale
Perforazione rettale
Sepsi pelvica
Sindrome della tasca del retto
Dolore persistente da ritenzione di agraphes
Urgenza defecatoria
> recidive

Tecnica secondo Longo

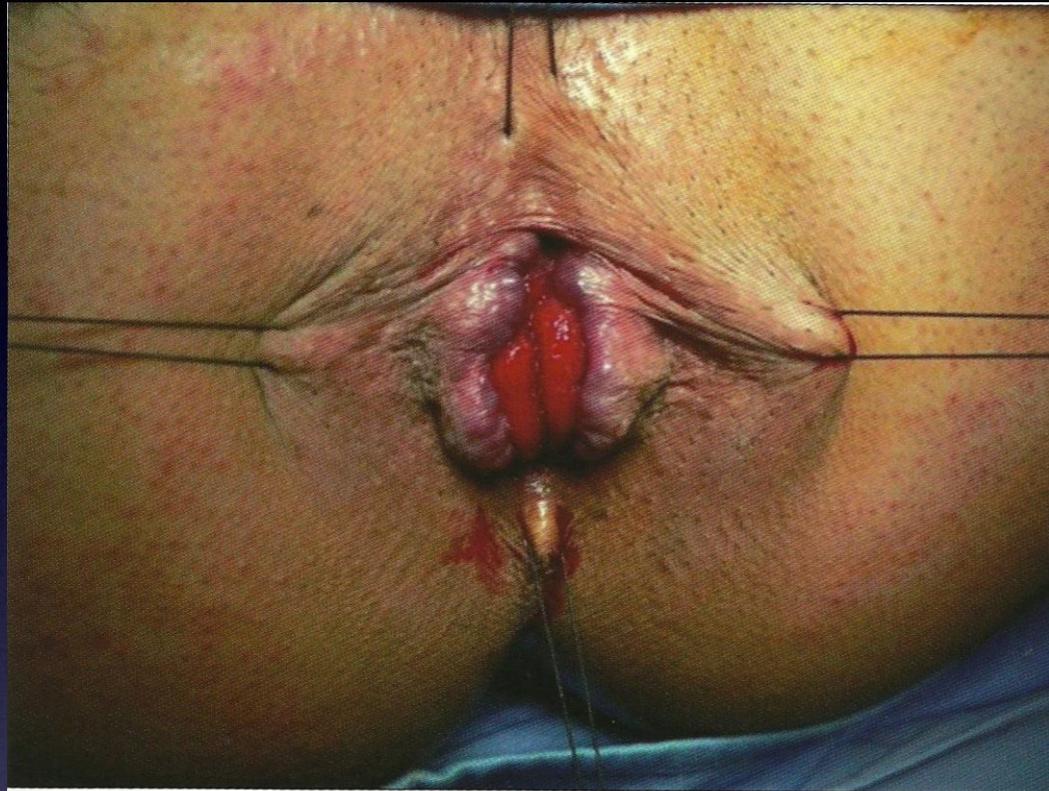


Fig. 1: Apposizione dei 4 punti di sutura sulla cute perianale.

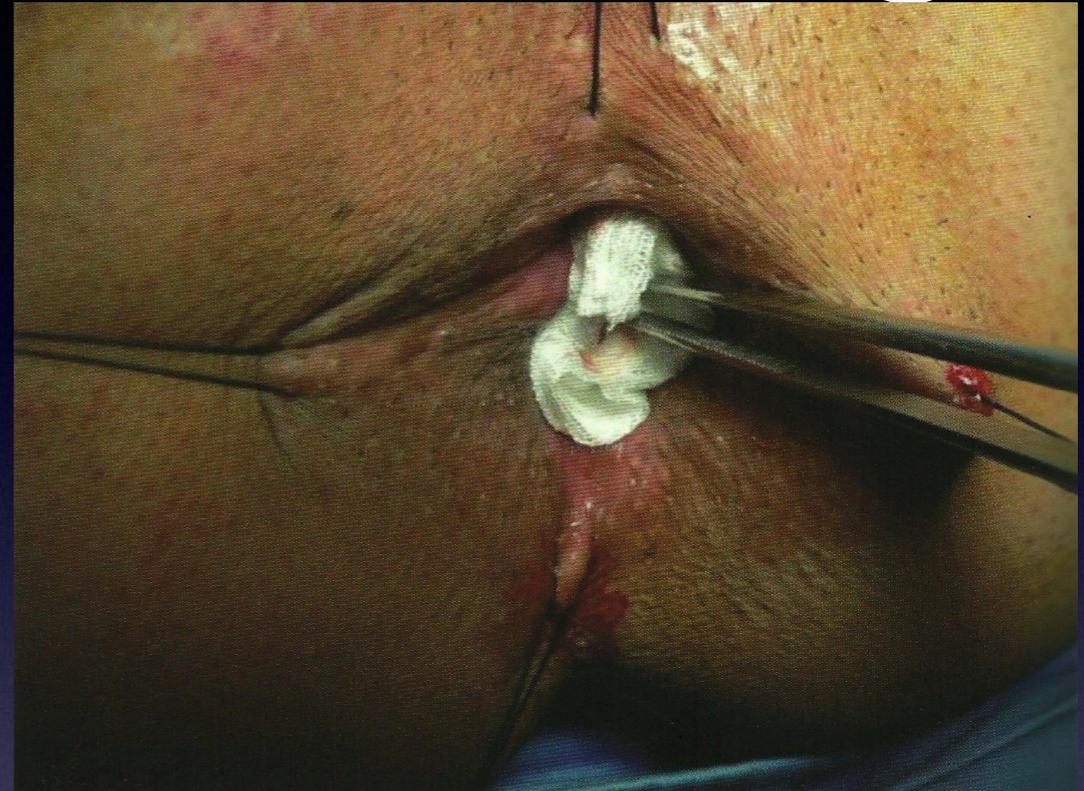
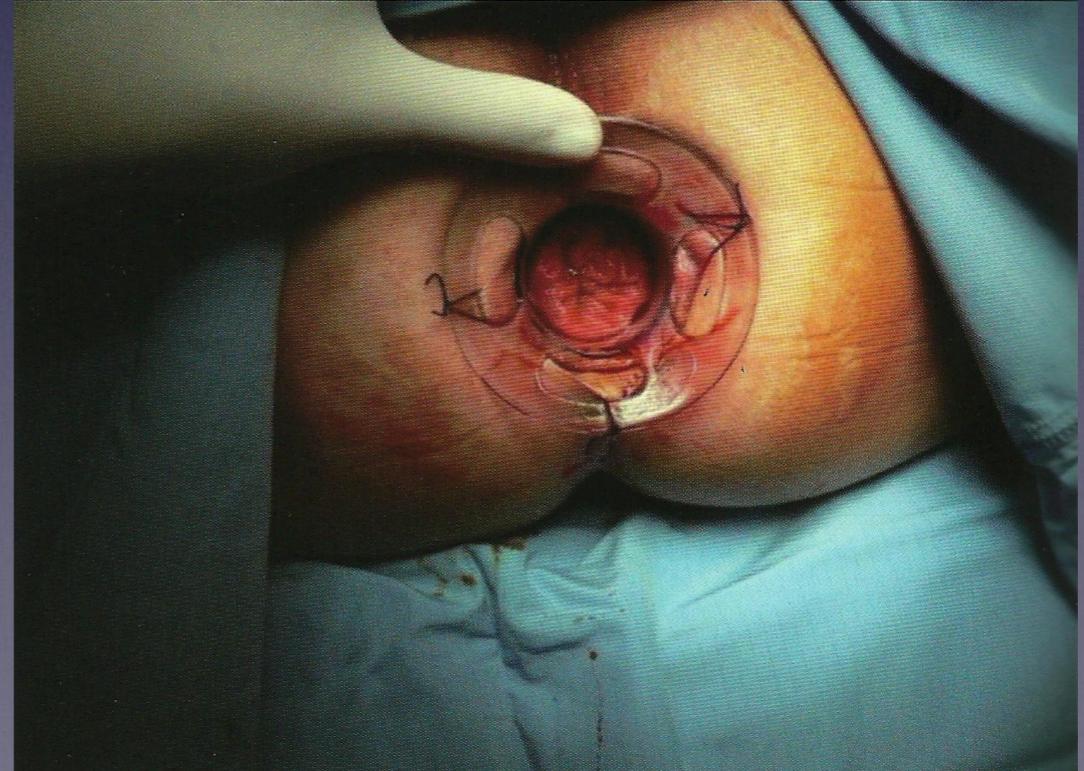
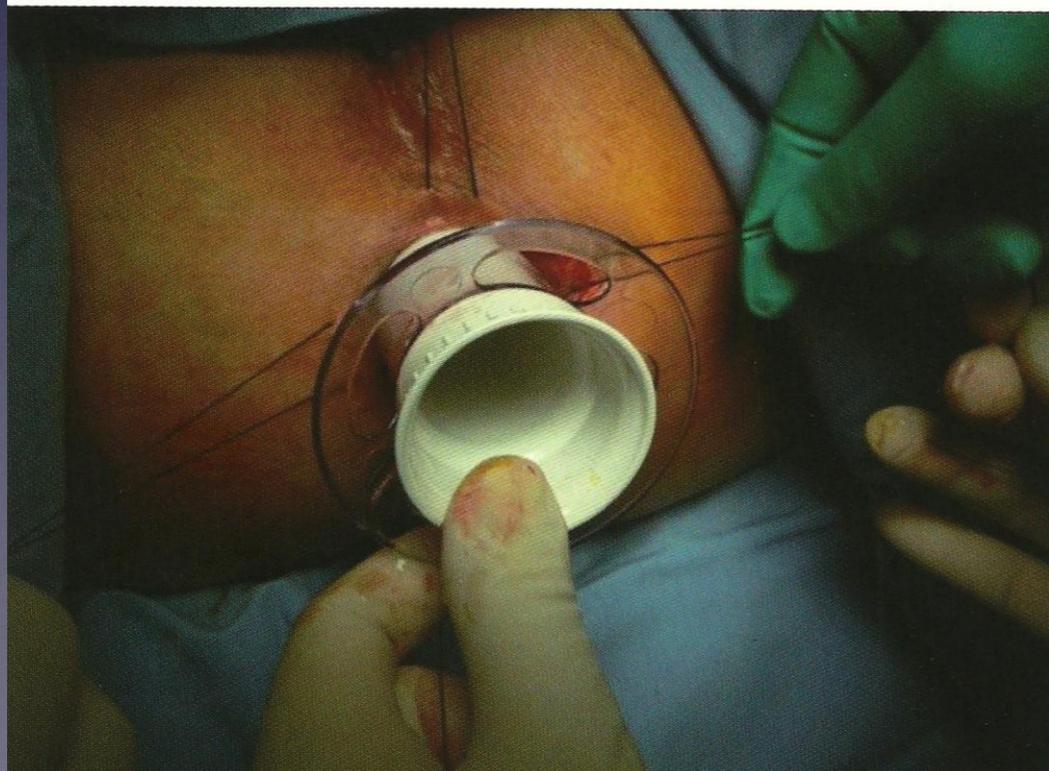


Fig. 3: Riduzione del prolasso con batuffolo, prima dell'introduzione del dilatatore.



Tecnica secondo Longo

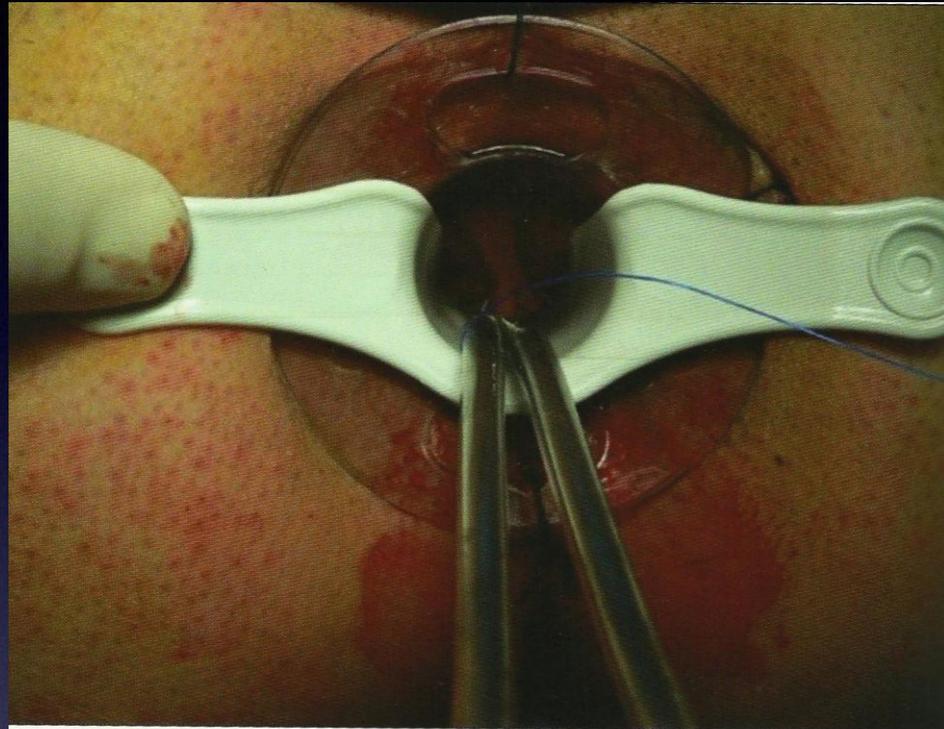


Fig. 5: Inizio del confezionamento della borsa di tabacco ad ore 12 con anoscopio inserito.

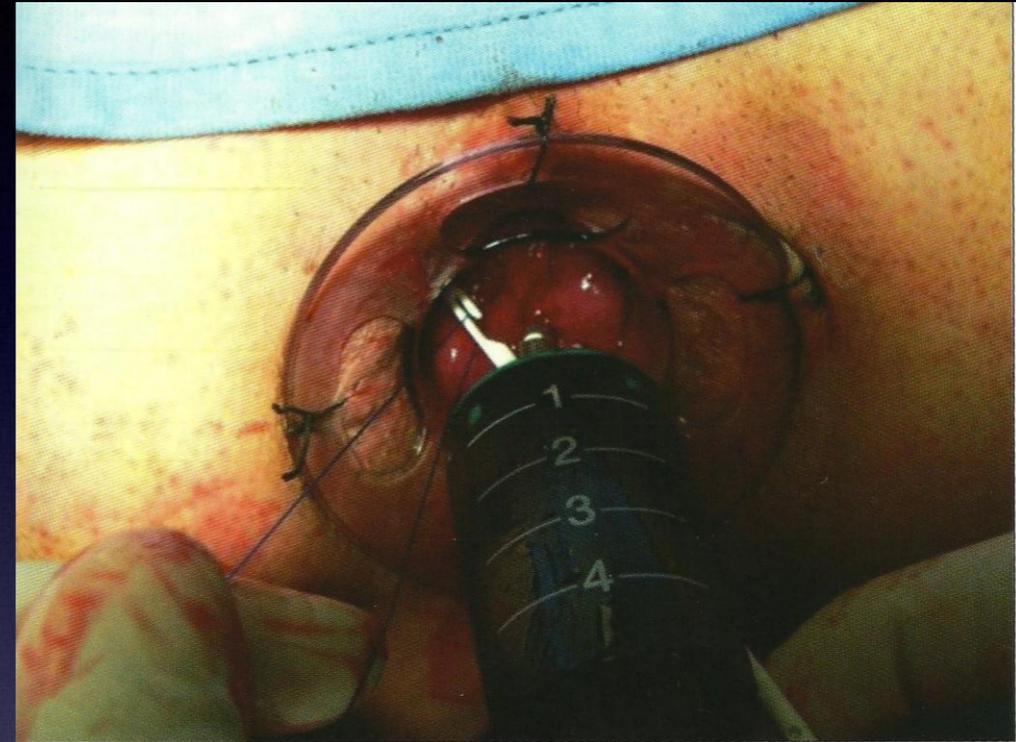
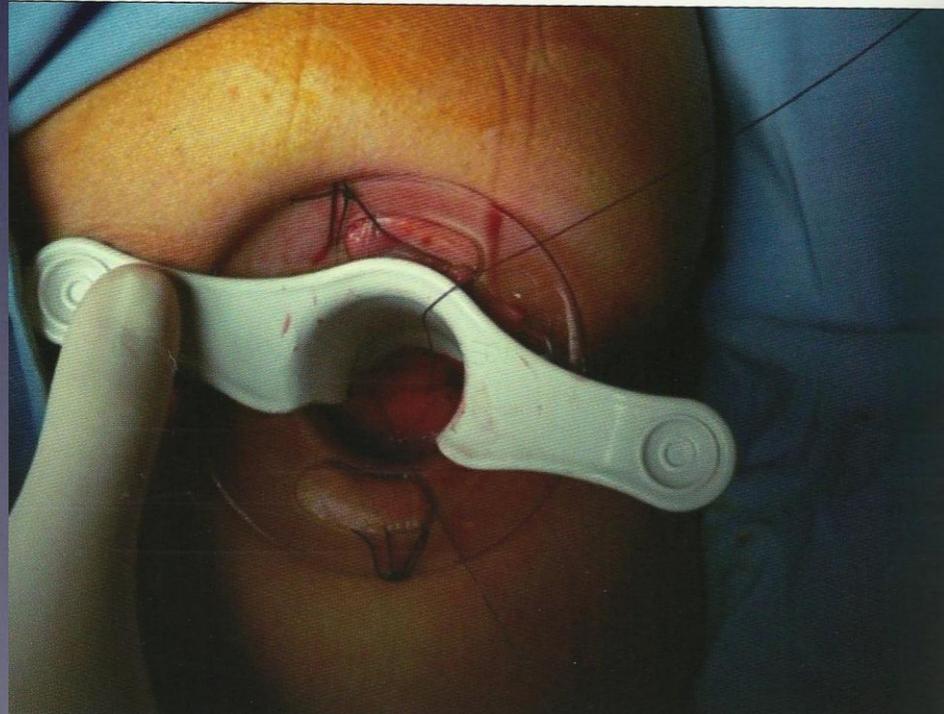
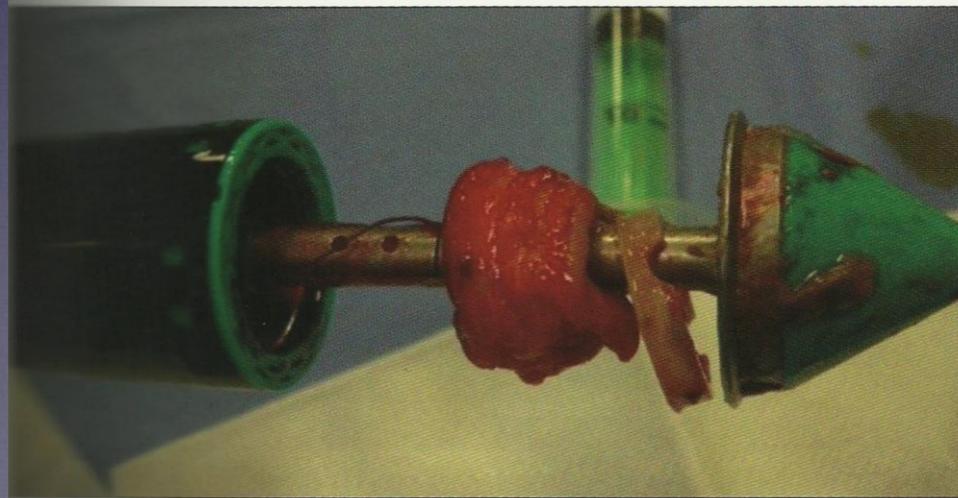
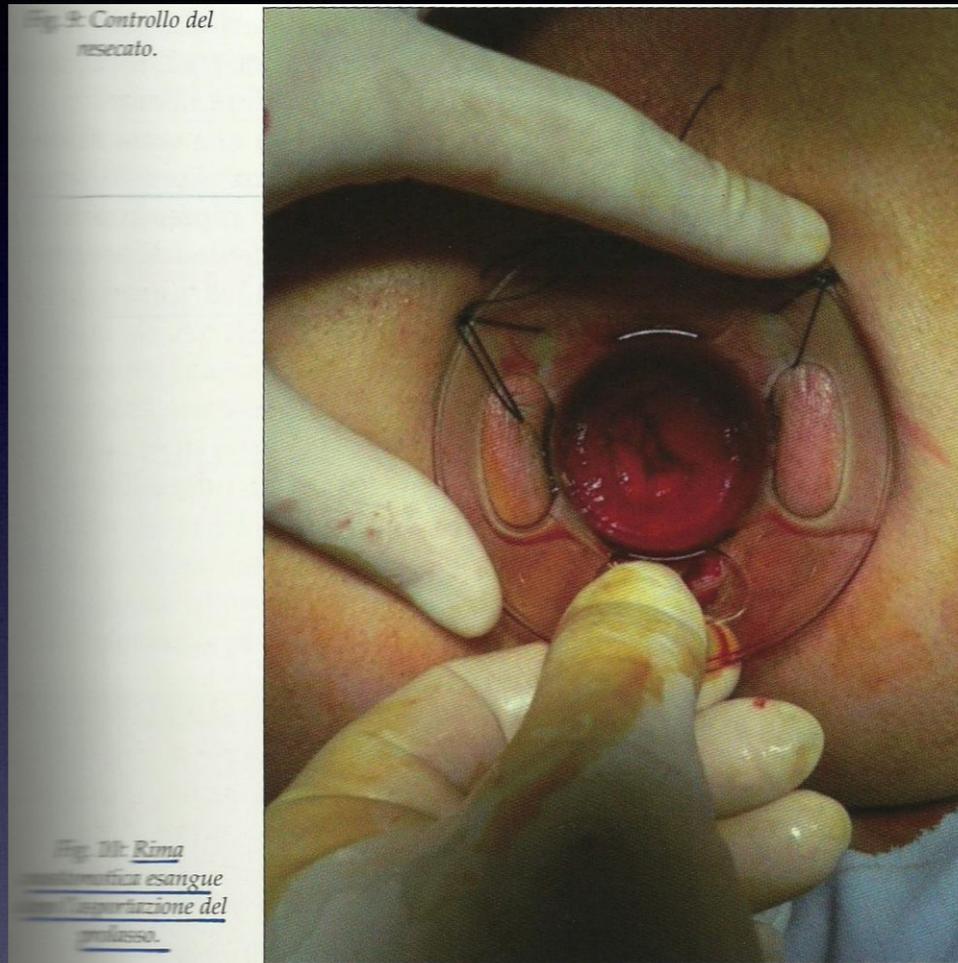


Fig. 7: Chiusura della borsa ed esteriorizzazione dei fili con apposito uncino.



Fig. 8: Chiusura della suturatrice effettuata esercitando lieve trazione sui capi della sutura.

Tecnica secondo Longo



La terapia laser mini-invasiva per il trattamento della malattia emorroidaria

Gli studi anatomici e le valutazioni ecocolor-Doppler della topografia artero-venosa del corpo cavernoso del retto hanno dimostrato che i rami terminali delle arterie rettali superiori giocano un ruolo determinante nella genesi della malattia emorroidaria.

L'iperplasia vascolare e l'iperafflusso ematico delle arteriole rettali superiori, alla base dell'eziopatogenesi della patologia, determinano infatti la dilatazione del plesso emorroidario venoso e la formazione dei gavoccioli.

He.L.P. è l'acronimo per Hemorrhoidal Laser Procedure: dearterializzazione emorroidali doppler-guidata mediante fibra laser: i rami terminali delle arterie rettali superiori contribuiscono esclusivamente al flusso ematico del plesso emorroidario. Pertanto giocano un ruolo determinante nella genesi delle emorroidi. Il corpo cavernoso del retto è un sistema cavernoso artero-venoso senza interposizione di vasi capillari.

Un'attenta valutazione eco-doppler della topografia dei rami terminali delle arterie rettali superiori è utile nel trattamento laser selettivo endo-operatoria dei vasi evidenziati.

La tecnica HeLP, attraverso l'individuazione e la successiva chiusura selettiva di tutte le arteriole, riduce il flusso ematico verso il plesso emorroidario, riducendo il volume dei gavoccioli e contribuendo alla risoluzione della sintomatologia. Grazie ad un kit dedicato la tecnica HeLP consente di effettuare, in assenza di anestesia, la de-arterializzazione doppler-guidata mediante laser, in modo semplice, rapido e sicuro.

Kit HeLP

- Consta di:
- Trasduttore Doppler 20 MHz per rivelazione arteriole emorroidarie
 - Manipolo ottico ad ampia apertura numerica per l'obliterazione elettiva dell'arteriola (diametro 1000 micron)
- Anoscopio con canale operativo dedicato (diametro 22 x 88 mm)

ere una coartazione selettiva del tessuto trattato con conseguente chiusura de

Caratteristiche tecniche

La lunghezza d'onda 980 nm, assorbita principalmente dall'emoglobina, è altamente specifica per il trattamento di dearteriolizzazione, permettendo di chiudere tutte le arteriose in maniera definitiva, modificando l'iper-afflusso arterioso al gavocciolo e riducendo i sintomi legati alla patologia.

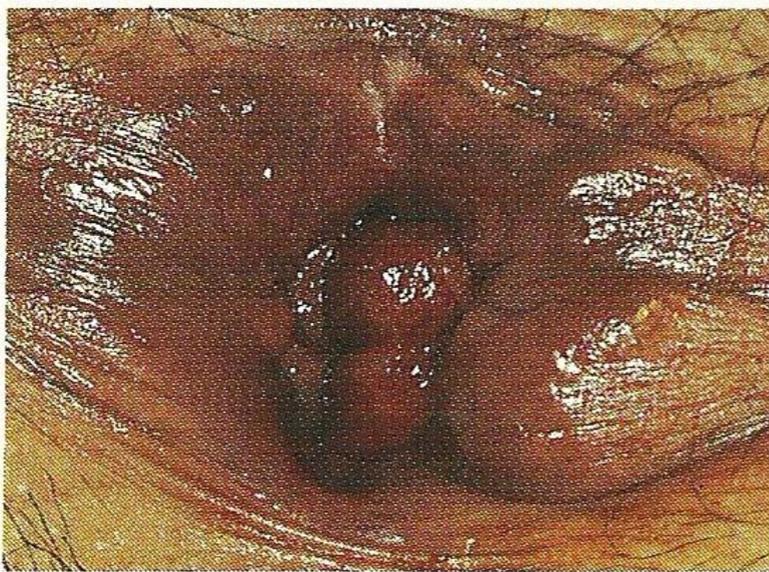
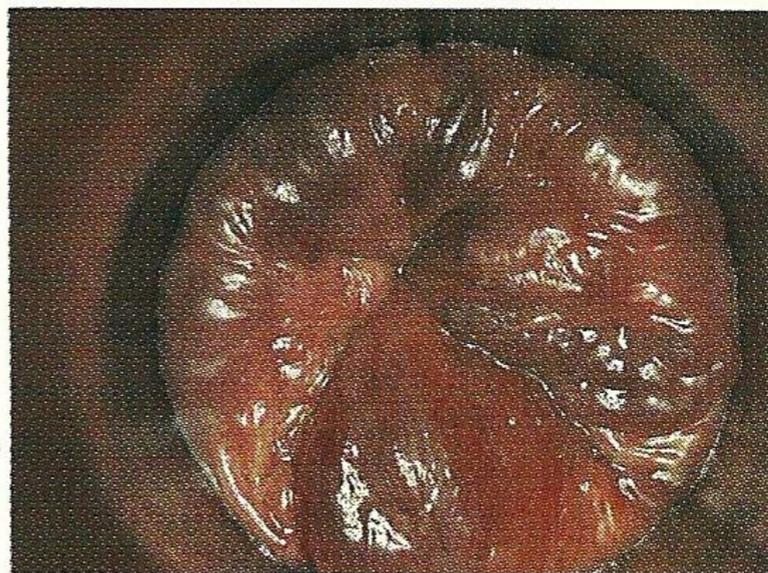
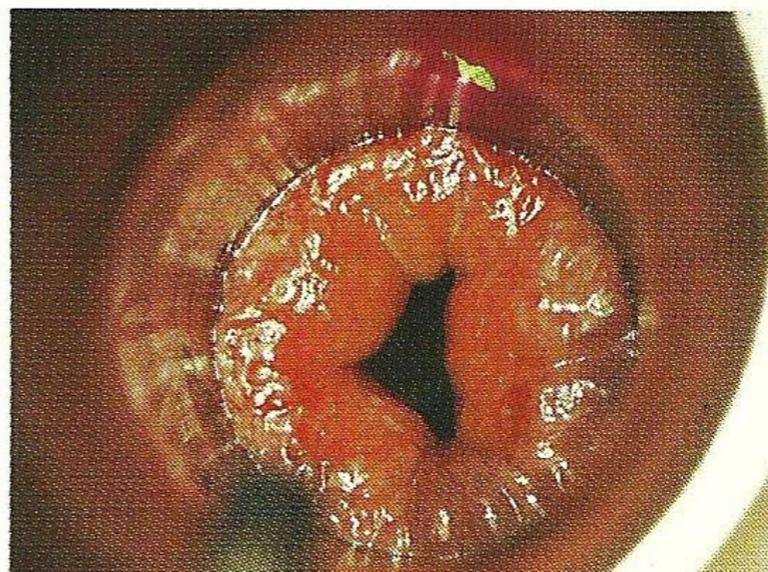
In base alla tipologia di laser scelto è possibile avere differenti interazioni con il tessuto trattato, in particolare, a livello del tessuto biologico, i principali effetti fototermici indotti sono:

- Coartazione dei rami arteriosi
- Dearterializzazione selettiva
- Emostasi
- Profondità di azione inferiore a 4 mm

Procedura HeLP

L'utilizzo di un trasduttore doppler puntiforme ad altissima frequenza consente di identificare tutti i rami dell'arteria rettale inferiore, e in sequenza si chiudono irreversibilmente grazie alla potenza dedicata della luce laser. L'intervento richiede un'unica seduta, non prevede l'applicazione di punti di sutura, né la rimozione di tessuto.

L'elevata specificità della lunghezza d'onda (980 nm) nei confronti delle molecole di emoglobina, rendono il trattamento esangue e indolore, in virtù della mancata diffusione della luce laser ai tessuti circostanti. L'intervento risulta semplice, veloce (circa 15 minuti) ed esangue grazie alla penetrazione controllata e all'elevata specificità della lunghezza d'onda 980 nm nei confronti dell'emoglobina presente nel vaso trattato.



I vantaggi della tecnica HeLP

Non richiede alcuna anestesia

Facilità tecnica di esecuzione

Ripetibilità dopo circa 6 mesi

Possibilità di occludere fino a 12 rami dell'arteria emorroidali
superiore

Trattamento ambulatoriale semplice e mini-invasivo

Ottimi risultati a breve e lungo termine

Minori effetti collaterali intra e post-operatori

Alti livelli di soddisfazione e di accettazione del pz

Rapido recupero delle attività rispetto ai metodi chirurgici

Gli svantaggi

Impossibilità del trattamento delle marischi anali
Impossibilità del trattamento del prolasso mucoso
presente e residuo

Non applicabilità negli stadi 3° grado avanzato e 4° grado

Nostra esperienza

Casistica OEI:
60 casi (35 M e 25 F)
età media 45 aa
range età 18-80 aa

Diagnosi:

Malattia emorroidaria di 1° e 2° grado sanguinante e 3° grado iniziale (downgrading)

Metodo:

tecnica HeLP (laser a diodi 980 nm / fibra 600 micron)

Complicanze intraoperatorie:

dolore, fastidio (10%), specie in sede posteriore e sesso femminile
sanguinamento (1%), uno risolto con sutura emostatica ed uno con emostasi laser

Complicanze post-operatorie:

dolore (3%)
emissione di muco e modesto sanguinamento (3%)
emorragia intraoperatoria (2 caso)

Risultati: miglioramento della sintomatologia nel 94% dei casi. Follow up 9 mesi.
Accettazione della tecnica da parte dei pz quasi totale, 1 caso di interruzione della
procedura per scarsa collaborazione della paziente a tollerare l'anoscopio.

Conclusioni

Sicura

Efficace

Non necessita di anestesia

Eseguibile in regime ambulatoriale

Facilità di esecuzione

Ripetibilità dopo 6 mesi

Alta accettazione e collaborazione da parte dei pz

Indicata nei pz con emorroidi sintomatiche di 1° e 2° grado e 3° grado con scarso prollasso mucoso (accurata selezione dei pz in sede ambulatoriale)

Agevole follow up



Grazie per l'attenzione