

Emorroidi

L'intervento indolore

Di Daniela Sardella

Scopriamo con il Professor Antonio Longo un intervento rivoluzionario e indolore per risolvere definitivamente il problema della patologia emorroidaria.

Il Professor Antonio Longo, luminare di fama internazionale e ideatore di un apporto chirurgico significativo e rivoluzionario nella risoluzione della patologia emorroidaria.

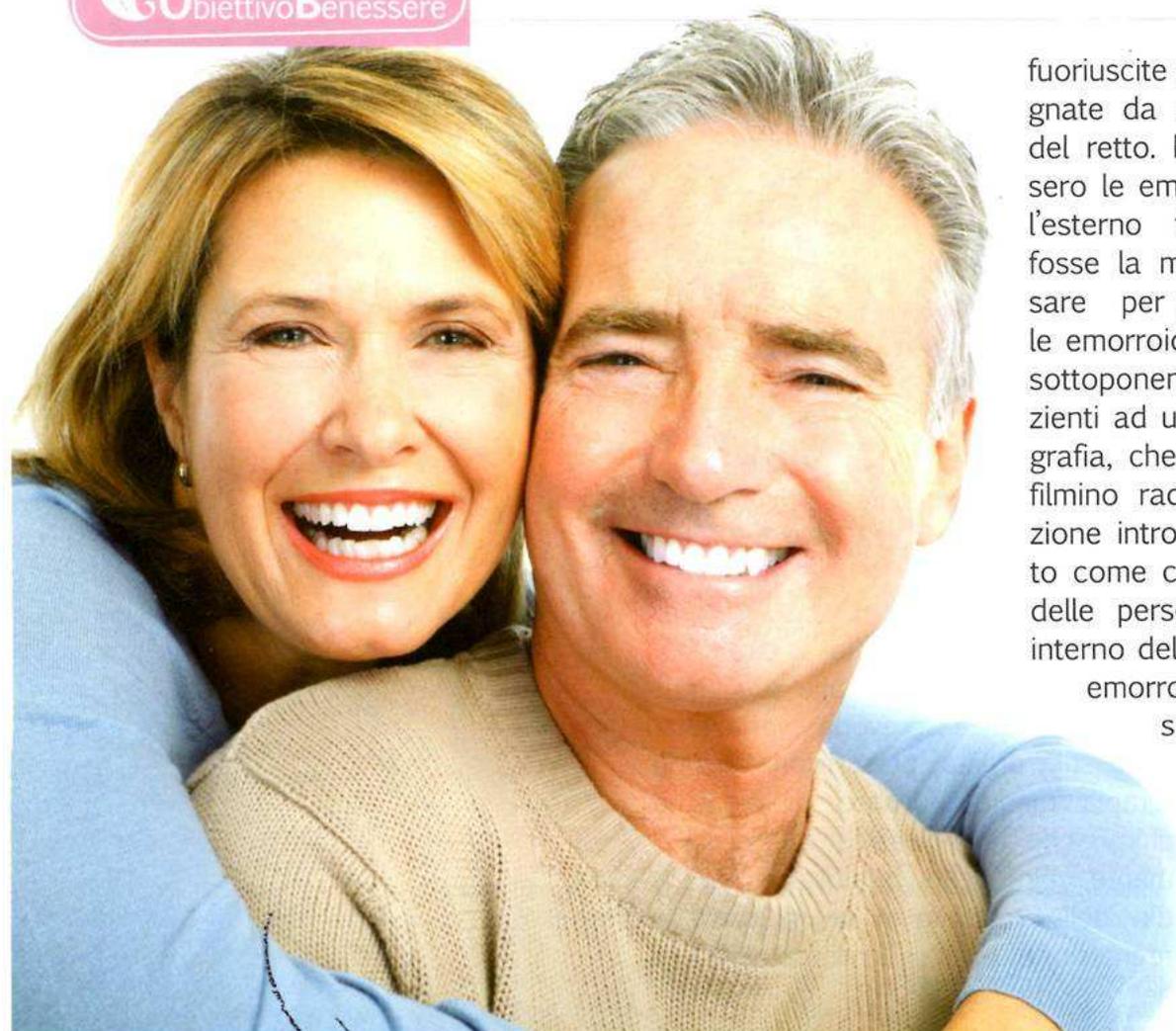
L'approccio alla patologia emorroidaria e alle sue complicanze prevede variazione dello stile di vita, prescrizione di una terapia medica, utilizzo di tecniche chirurgiche mini-invasive o propriamente chirurgiche, qualora lo stadio della malattia o la mancata regressione della sintomatologia ne richieda l'ausilio. Un apporto chirurgico significativo e rivoluzionario nella risoluzione di questa patologia ci è stato dato dal Professor Antonio Longo, luminare di fama internazionale. Lo abbiamo intervistato per saperne di più.

Professor Longo, sempre più spesso si sente parlare di patologia emorroidaria, un argomento che ancora oggi per pudore, sembra essere un tabù. Ci spieghi di cosa si tratta...

In assenza di strumenti validi per osservare il retto, ci si è limitati ad osservare le emorroidi nel momento in cui facevano la

loro comparsa all'esterno o per meglio dire prolassavano. Ancora oggi quando si parla di emorroidi si pensa subito ad una patologia. Ma tutti abbiamo le emorroidi e non sono nient'altro che tre corpuscoli a forma di cuscinetto, posizionati all'interno del canale anale, che svolgono un'importante funzione di perfezionamento della continenza delle feci. Attraverso l'afflusso ed il deflusso del sangue, le emorroidi si gonfiano chiudendo il canale anale e si sgonfiano per aprirlo. In conseguenza di vari fattori, i vasi emorroidali si dilatano formando dei rigonfiamenti e causano la malattia emorroidale, che può essere accompagnata da processi infiammatori con relativo corredo sintomatologico, complicati a volte da fatti trombotici (formazioni di un coagulo all'interno del vaso). Più teorie sono state prese in considerazione. La prima risale ad Ippocrate che considerava le emorroidi delle





fuoriuscite all'esterno, sono accompagnate da un prolasso della mucosa del retto. E mi sono chiesto se fossero le emorroidi che andando verso l'esterno trascinarono la mucosa o fosse la mucosa del retto a prolapsare per prima ed a spingere fuori le emorroidi. La risposta l'ho ottenuta sottoponendo un campione di pazienti ad un esame chiamato defecografia, che consiste nell'effettuare un filmato radiologico durante l'evacuazione introducendo del bario nel retto come contrasto. La maggior parte delle persone avevano un prolasso interno del retto, ma non un prolasso emorroidario. Mentre tutte le persone con un prolasso emorroidario avevano un prolasso interno del retto.

Ho dedotto quindi che la malattia emorroidaria fosse una patologia secondaria al prolasso interno del retto e che l'asportazione di quest'ultimo,

comportando la risalita delle emorroidi nel canale anale, potesse essere la giusta soluzione per la cura della patologia emorroidaria e della sindrome da ostruita defecazione.

varici anali. Questi vasi fuoriusciti all'esterno, si dilatavano e subivano delle alterazioni anatomiche chiamate tortuosità. Le tortuosità impedivano al sangue di defluire, creando dei ristagni ed eventuali coaguli, causa spesso di trombosi emorroidarie. La seconda teoria viene detta dell'iperplasia. In questo caso si è supposto una moltiplicazione ed accrescimento di vasi sanguigni e quindi del tessuto vascolare. Ma istologicamente non è da considerarsi attendibile. La terza teoria è quella del prolasso. In seguito alla rottura delle fibre di sostegno delle emorroidi, queste ultime prollassano. In base alla gravità, il prolasso si può classificare in 4 gradi. Queste teorie individuano il problema nel canale anale e negli anni ci si è concentrati su come meglio effettuare l'asportazione del tessuto emorroidario.

E qual è stata la sua intuizione?
Ho notato che le emorroidi una volta

Quindi il prolasso interno del retto può essere anche causa della sindrome da ostruita defecazione?

Sì, certo. Il prolasso interno del retto, se non è limitato all'ultimo tratto del retto, crea un ostacolo al passaggio delle feci. I pazienti sforzandosi per evacuare esercitano una forte pressione all'interno, lesionando a volte le pareti muscolari rettali. Costretti infine a praticare clisteri o assumere lassativi, pratiche seccanti ma necessarie per effettuare una quotidiana defecazione, non fanno altro che peggiorare la situazione. I lassativi, soprattutto negli anziani, impediscono il riassorbimento dell'acqua, creando una forte disidratazione e nei casi più estremi, a seguito di un'eccessiva concentrazione del sangue, persino delle trombosi.

Da cosa può dipendere il prolasso rettale?

Da cause congenite, dallo stress e persino da cattive abitudini alimentari.

Ha incontrato molte difficoltà nella divulgazione del suo protocollo?

L'ostruzionismo degli Opinion Leader è risaputo. Ma io ho cominciato a divulgare la mia tecnica alla base: dai chirurghi che avevano tutti i giorni a che fare con pazienti spesso terrorizzati dall'affrontare un intervento così doloroso. L'asportazione delle emorroidi infatti è molto dolorosa, perché l'ano è la regione più ricca di recettori per il dolore di tutto l'organismo. Il mio è un intervento in day hospital, eseguibile in anestesia locale e dura 10-15 minuti, quasi indolore e con tempi di recupero molto rapidi.

I tempi di convalescenza?

Dopo l'intervento, salvo complicanze, i pazienti non necessitano di nessuna medicazione postoperatoria e normalmente riprendono le loro normali attività dopo 4-5 giorni. La tecnica tradizionale, prevede sei settimane per la guarigione con un'assenza dal lavoro che può variare dai 24 giorni ai 90 giorni.

Quanti interventi di mucoprolassectomia sono stati eseguiti finora con la sua tecnica ed in cosa consiste questo intervento?

Oltre 3 milioni d'interventi in tutto il mondo. Nella mucoprolassectomia il tessuto emorroidario non viene assolutamente asportato ma viene riposizionato nella sua sede fisiologica grazie alla rimozione del tessuto rettale prolassato: viene praticata cioè una anopessi meccanica con una sutratrice tipo taglia e cucì circolare che viene introdotta nell'ano. In pratica con lo stapler, uno strumento da me brevettato, si asporta il prolasso e contemporaneamente la mucosa viene ricongiunta con microclips al titanio. Pertanto non si pratica nes-



suna incisione nell'ano che anzi ricquista la normale anatomia e le normali funzioni fisiologiche.

Quali potrebbero essere le complicanze postoperatorie?

L'urgenza nell'evacuazione dopo l'intervento, anche se è temporanea, per una durata massima di 30gg. È possibile che si verifichi un sanguinamento post operatorio e la comparsa di ematomi. Nei casi più gravi, un ascesso pararettale che va monitorato. Ma sono complicanze molto rare e meno gravi di quelle che potrebbero verificarsi a seguito di un intervento tradizionale.

Il costo di questo intervento?

Nel pubblico si aggira intorno ai 2000 euro.

Se dovesse consigliare ad un paziente il metodo Longo, quali motivazioni addurrebbe?

È un intervento che cura la causa ed è praticamente indolore se ben eseguito e non insorgono complicanze. L'80% dei pazienti non necessita di alcuna terapia antalgica né medicazione postoperatoria e normalmente riprende le normali attività dopo 4-5 giorni. E questi motivi a me sembrano sufficientemente convincenti..