

HeLP: un laser di grande aiuto

Stefano Salvatori

Esistono diversi tipi di trattamento chirurgico o parachirurgico delle emorroidi: dai classici interventi di emorroidectomia selettiva (il più eseguito è quello di Milligan-Morgan), all'intervento di Longo che trova indicazione soprattutto nei casi di emorroidi complicate da prollasso rettale, sino ad arrivare ai trattamenti di sclerosi o di legatura elastica che hanno il pregio di essere meno cruenti, ma che in un elevato numero di casi espongono a complicanze e a recidive.

«Questi interventi, nessuno escluso», conferma Marco Floriani specialista in Chirurgia Generale, Angiologia e Chirurgia generale dell'Istituto Medico Quadrone di Milano, «hanno un comune denominatore, l'asportazione diretta o provocata delle emorroidi e di una porzione di tessuto a esse circostante, fatto questo che spiega il dolore postoperatorio avvertito dal paziente e le non infrequenti complicanze emorragiche o della funzionalità sfinteriale».

Oggi esistono altri tipi di intervento?

«Oltre a quelli sopra citati esiste, ormai da più di dieci



Vantaggi 1
Una soluzione per operare anche senza anestesia

Vantaggi 2
Un migliore accesso ai tessuti prollassati

Vantaggi 3
Meno invasivo, quindi il paziente si rimette prima

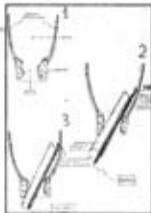
anni, un altro approccio al trattamento delle emorroidi - l'intervento di Morinaga - che non si pone l'obiettivo di asportare le emorroidi, ma di "asciugarle" eliminando il rifornimento di sangue alla emorroidi stesse normalmente garantito dai rami delle arterie emorroidarie superiori. Sulla scia del successo di questa procedura vengono seguiti altri interventi analoghi ormai perfettamente collaudati e rispetto al primo sicuramente migliorativi. Ricordo, tra questi, l'intervento di devarterializzazione e di plicatura mucosa che nelle ultime linee guida della Società Italiana di Chirurgia Co-

loretale viene considerato come uno degli interventi di scelta per il trattamento delle emorroidi non complicate da prollasso rettale irriducibile».

In che cosa consiste esattamente l'intervento chiamato HeLP (Hemorrhoid Laser Procedure)?

«Negli anni 2007-2008, è stata proposta questa variante dell'intervento di Morinaga: le arteriole che riforniscono le emorroidi non vengono più legate con un punto, bensì fotocoagulate mediante un raggio laser mirato. La risoluzione parziale o totale dell'eventuale prollasso la si ottiene grazie alla retrazione

cicatrizziale della mucosa rettale danneggiata dal calore. Il grande vantaggio di questa ultima soluzione è quello di consentire l'esecuzione dell'intervento senza anestesia alcuna, neppure locale! Al massimo e in casi selezionati una leggerissima sedazione per favorire il rilassamento del paziente. Grazie ad HeLP il trattamento delle emorroidi diventa assolutamente indolore, indolore (sia durante che nel dopo), sostanzialmente privo di complicanze gravi e di tipo ambulatoriale. Il paziente lascerà il Centro Medico dopo poco più di un'ora autonomamente».



NUOVA CHIRURGIA

Due disegni del chirurgo che illustrano le fasi dell'intervento con il laser: le arteriole che riforniscono le emorroidi non vengono più legate con un punto, bensì fotocoagulate mediante un raggio laser mirato. La risoluzione parziale o totale del prollasso si ottiene con la retrazione cicatrizziale della mucosa rettale.

QUANDO SCEGLIERE IL LASER

L'identikit dell'intervento HeLP

INDICAZIONI - Emorroidi di 1°, 2° e 3° grado iniziale.

DECORSO POSTOPERATORIO - Assenza di dolore, tenesmo (sensazione di dover evacuare) nel 90% dei casi e per 3-4 giorni, possibile evacuazione per qualche giorno di muco o secreto con tracce di sangue nel 40% dei casi, normale attività lavorativa dal giorno successivo all'intervento.

COMPLICANZE - Sanginamento intraoperatorio da rottura di arteriole emorroidarie tale da richiedere sedazione profonda e controllo dell'emorragia con punto di sutura (1% dei casi), sanguinamento postoperatorio significativo (1% dei casi).
EVOLUZIONE DELLA MALATTIA - Risoluzione del quadro clinico preoperatorio nell'80% dei casi. Ciò avviene, solitamente, entro la 1°-4° settimana. Nei pazienti con prollasso mucoso (3° grado) può occasionalmente rendersi necessario, al fine di completare la retrazione mucosa e quindi di far regressare completamente il prollasso, un secondo trattamento a distanza di 2 mesi (circa) dal primo.

