



# The Clinical Outcome of Stapled Hemorrhoidopexy

## Stapler Hemoroidopeksi Klinik Sonuçlarımız

Stapler Hemoroidopeksi Sonuçlarımız / Outcome of Stapled Hemorrhoidopexy

Kazım Duman<sup>1</sup>, Yavuz Özdemir<sup>2</sup>, Ergün Yücel<sup>2</sup>, Cengizhan Yiğitler<sup>2</sup>, M. Levhi Akın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gümüşsuyu Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Taksim,

<sup>2</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Üsküdar, İstanbul, Türkiye

### Özet

**Amaç:** Stapler Hemoroidopeksi (SH-Longo yöntemi) yöntemi ile tedavi edilen hastaların post operatif morbidite, rekürrenslerin, analjezik gereksinimlerinin ve hastanede kalış süreleri ile vakalarımızdaki tecrübelerimizi aktarmayı amaçladık. **Gereç ve Yöntem:** Semptomatik 3, 4. derece hemoroidleri olan hastaların SH ile yapılan tedavileri retrospektif olarak incelendi. Post operatif 1., 4., 7. günlerde rutin olarak anal muayene yapıldı. Post operatif 1., 3., 6., 12. aylarda da kontrol muayeneleri yapıldı. Hastaların demografik verileri, postoperatif analjezik gereksinimleri, operasyon zamanları, hastanede kalış süreleri, komplikasyon verileri, anestezi tipi, tekrarlama sıklığı incelendi. **Bulgular:** Bu çalışma 6' sı kadın, 50' si erkek toplam 56 hasta üzerinde yapılmıştır. Yaş ortalaması 31 olarak bulundu. Ortalama operasyon süresi 38 dk., hastanede kalış süresi ise ortalama 1,8 gün olarak bulundu. 1 yıl süre ile takip edilen hastalardan, 4 kişide üriner retansiyon, 2'sinde mukozal prolapsus, 2'sinde trombus, 2 vakada anal kanama, 1 kişide nüks gözlenmiştir. **Tartışma:** Hemoroidal hastalıklarda stapler yöntemi sonuç ve komplikasyonlar yönüyle konvansiyonel yöntemlere göre, iyi bir alternatif yöntemdir. Minimal analjezik kullanımı, kısa süre hastanede yatış ve normal aktiviteye dönüş gibi avantajları olan bu yöntemin dezavantajlarının tespiti için daha çok birikim ve daha uzun süre takibe ihtiyaç vardır.

### Anahtar Kelimeler

Stapler Hemoroidopeksi; Longo; Hemoroid

### Abstract

**Aim:** This study was carried out to present our experiences with the patients undergoing stapled hemorrhoidopexy, their postoperative morbidity, the rate of recurrence, analgesic requirements and in-patient hospital stay. **Material and Method:** Patients with symptomatic third and fourth degree hemorrhoids and having received stapled hemorrhoidopexy were retrospectively analyzed. Fourth and seventh postoperative days, first, third, sixth and twelfth postoperative months, follow-up examinations were performed. The demographic data of patients, the postoperative analgesic requirements, the date of the operation, the duration of hospital stay, the data of complications, frequency of recurrence and type of anesthesia were investigated. **Result:** This study included totally 56 patients; of these patients, there were 6 women and 50 men. The average age was 31. The average operating time was 38 minutes. Besides, the average length of hospital stay was recorded as 1.8 day. Of the patients who were followed up for one year, four of them was observed to have urinary retention. Also, a mucosal prolapsed was seen in two patients, a thrombus was observed in two patients, anal bleeding was again seen in two patients and one patient had a recurrence. **Discussion:** Compared with the conventional techniques, stapled hemorrhoidopexy is a good alternative method in treatment of hemorrhoids. This method has the advantages of a minimal analgesic use, shorter hospital stay, a speedier return to normal activities; on the other hand, to be able to determine the disadvantages of stapled hemorrhoidopexy, there is a need of more experience and a longer follow up.

### Keywords

Stapled Hemorrhoidopexy; Longo; Hemorrhoid

DOI: 10.4328/JCAM.886

Received: 30.12.2011

Accepted: 19.01.2012

Printed: 01.01.2013

J Clin Anal Med 2013;4(1): 34-7

Corresponding Author: Kazım Duman, Gümüşsuyu Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Taksim, Beyoğlu, İstanbul, Türkiye.

T.: +905383859511 E-Mail: drkduman@gmail.com

## Giriş

Geleneksel olarak 1. ve 2. derece hemoroidler diyet değişiklikleri, lifli gıdalar, metamusil gibi gayta yumuşatıcıları, bant ligasyonları, skleroterapiler, fotokoagülasyon ile oldukça başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir [1]. Cerrahi uygulamalar 3. ve 4. derece mukozal prolapsuslu hemoroidlere uygulanmaktadır. Konvansiyonel yöntemler olan Milligan- Morgan (açık hemoroidektomi) ve Ferguson yöntemi (kapalı hemoroidektomi) ile prolabe hemoroidlerin eksizyonu semptomları rahatlamasını sağlamasına ve az komplikasyonlar göstermesine rağmen genellikle ağırlı bir tedavi sağlamaktadır [2, 3]. Perianal deri ve dentate çizgi' nin distalinin sinirsel ağının zengin olması sebebiyle geniş eksizyon hastaların ağrı duymasına sebep olmaktadır [4-7].

Son yıllarda hemoroidal hastalıkların tedavisinde yeni yaklaşımlar ortaya atılmıştır. Stapler ile Hemoroidopeksi (SH), Antonio Longo tarafından 1993 yılında yeni bir yaklaşım olarak ortaya atılmıştır [8]. Dentate çizgi proksimalinden submukoza katına kadar bölümün eksizyonu ve aynı zamanda anastomozu işlemini içermektedir. Böylece ağrı da az olmakta kontinansda etkilenmemektedir [9-12]. Birçok çalışmada, Konvansiyonel Hemoroidektomi (KH) uygulanan hastalarda post operatif ağrıyı azaltma yöntemleri araştırılmış fakat genel kabul edilen bir kanaate varılamamıştır [13-16]. Longo 1998 de, distal anal kanalda, çoklu eksizyon ve sütür işleminin ağrıya sebep olduğunu açıklamış, tarif ettiği cerrahi müdahale ile operasyon sonrası ağrıyı azaltmış, işe dönüş zamanı ve hastanede kalış süresini kısaltmıştır. Bu çalışmada SH 'li hastaların post operatif morbidite, rekürrenslerin, analjezik gereksinimlerinin ve hastanede kalış sürelerinin nasıl olduğunu; hastanemizdeki tecrübelerimizi aktarmayı amaçladık.

## Gereç ve Yöntem

Ocak 2009- Aralık 2010 tarihleri arasında, Gümüşsuyu Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi' nde, semptomatik 3, 4. derece hemoroidleri olan mukoza prolapsuslu hastaların Stapler Hemoroidopeksi (Longo yöntemi) ile yapılan tedavileri retrospektif olarak incelendi.

Tromboze hemoroidi olan, perianal fistüllü, fissür, anal kondilom ve apse içeren hastalar, koagülopatisi olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Resim-1' de operasyon öncesi bir hastada mukozal prolapsuslu grade 4 hemoroid gözlenmektedir.



Resim 1. Mukozal prolaps gözlenen Grade 4 hemoroid

Hastalar operasyondan bir gün önce kliniğe yatırıldı. Sodyum

fosfat ile alt kısım barsak temizliği yapıldı. Spinal anestezi ile prone pozisyonunda operasyona alındı. Preoperatif Metronidazol 500 mg İV ve/ veya Sefazolin 1000 mg İV profilaktik antibiyoterapi uygulandı. Diğer patolojileri ekarte etmek için tüm hastalara rektoskopi uygulandı.

Stapler hemoroidopeksi prosedürü Longo Yöntemi ile yapıldı[8] Sirküler Anal dilatör anal kanala yerleştirilip, sabitlendi. 0 no polipropilen ile anoskop yardımı ile dentat çizginin 4 cm proksimalinden submukoza derinlikten geçecek şekilde purse string sütür geçildi. 33 mm lik stapler cihazının (PPH 33, Ethicon Endo Surgery) unvili purse string sütür içine yerleştirildi. Sonra cihaz sıkıştırılıp ateşlendi. 30 saniye beklenerek kanama denetimi yapıldı. Unvil gevşetilerek cihaz nazikçe anusten çıkarıldı. Mukozada kanama denetimi ve muayenesi yapıldı. Defekt ve kanayan alana 3.0 vikrille destek ve sütürler kondu. Unvil içinde halka şeklinde kesintisiz mukozal doku gözlenerek patolojik incelemeye gönderildi. Resim-2 de stapler hemoroidopeksi sonrasındaki görünüm mevcuttur.



Resim 2. Aynı hastanın postoperatif görünümü

Hastaların demografik verileri, postoperatif analjezik gereksinimleri, operasyon zamanları, hastanede kalış süreleri, komplikasyon verileri, anestezi tipi, tekrarlamaya sıklığı Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ile incelendi.

Hastanede kaldıkları gün boyunca tüm olgulara, lifli gıda rejimi verildi, post operatif ilk 2 gün İM Diklofenak Na günde 2 defa uygulandı. Gerekli vakalara İM Tramadol HCl verildi. Post operatif 1., 4. 7. günlerde rutin olarak anal muayene yapıldı. Post operatif 1. ,3., 6. ,12. aylarda da kontrol muayeneleri ve takip yapıldı.

## Bulgular

6(%10,7)' sı kadın, 50 (%89,3)' si erkek toplam 56 hastanın yaş ortalaması 31 olarak bulundu. ( $\pm$  23- 51 ). Bunların 11(%19,6)'i 2. derece, 27 (%48,2) 'si 3., 18 (%32,2)' i de 4. derece hemoroidi vardı. Hastaların çoğu makatta kanama ve ele gelen kitle şikayetleri ile başvurmuşlardır. Şikayetler hastaların yaklaşık %70' inde 1 yıldan fazladır devam etmiştir. Anal kanama hastaların çoğunda öncelikli şikayetti. Kaşıntı ve ağrı da yine sık görülen şikayetler arasındaydı. 18 (%32,2) hastada mukozal prolapsus tespit edildi (Tablo 1).

Ortalama operasyon süresi 38 dk. ( $\pm$  30- 50 ), hastanede kalış süresi ise ortalama 1,8 gün ( $\pm$  1-3) olarak bulundu. Hastalar 1 yıl süre ile takip edildi. Tüm hastalar Prone- jack knife pozisyo-

Tablo 1. İlk başvuru şikayetleri

Şikayet	Vaka sayısı (n)	Yüzdesi (%)
Kanama	51	91
Ele gelen kitle	43	77
Ağrı	38	68
Kaşıntı	24	43

nunda spinal anestezi ile opere edildi. İlk 2 gün günde 2 defa İM Diklofenak Na yeterli ağrı kontrolü sağlandı. 18 (%32,2) hastaya ek olarak Tramadol HCL 75 mg İM verildi. 36 (%64,3) hastaya ek olarak 3.0 poliglaktin sütür ile kanama denetimi yapıldı.

40 (%71,4) hasta postoperatif 1. gün taburcu edildi. 35 (%62,5) hasta ilk defekasyonunu hastanede kalış esnasında yaptı, bunların 28 (%50)' inde ağrısız defekasyon oldu. Normal aktiviteye ortalama 6,2 günde dönüş oldu. (± 3- 12).

4 (%7) hastada üriner retansiyon görüldü, kataterizasyonla problem olmadı. 2 (%3,5) hastada post operatif 7. günde lokalize mukozal prolapsus gözlemlendi. 1' i sıcak su oturma banyosu ile 1' i band ligasyonu ile tedavi edildi. 2 (%3,5) hastada post operatif 7. günde tromboz gelişti, medikal tedavi ve trombektomi sonrasında tedavi edildi. 2 (%3,5) hastada post operatif 1. günde anal kanama gelişti, lokal jetokain infiltrasyonu ve tampon uygulama ile tedavi edildi. Cerrahi girişim ve kan- ürünleri kullanılan bir kanama gözlenmedi. 1 yıl sonra 1 (%1,8) hastada nüks gözlemlendi ve konvansiyonel yöntem ile hemoroidektomi uygulandı (Tablo 2).

Hastalarımızda kalıcı inkontinans, anal darlık ve ölüm vakalarına rastlanmadı.

Tablo 2. Karşılaştığımız komplikasyonlar

Komplikasyon	Vaka sayısı (n)	Yüzde (%)
Üriner Retansiyon	4	7
Mukozal Prolapsus	2	3,5
Trombus	2	3,5
Anal Kanama	2	3,5
Nüks	1	1,8

## Tartışma

Hemoroidal hastalıkların cerrahi tedavisi sonrasındaki ağrı, hastaların cerrahi tedaviyi istememe ve çekincelerinin başlıca sebebi olmuştur. Bu yüzden de cerrahlar bu ağrıyı azaltmak için çeşitli cerrahi (sfinkterotomi, diatermi, koter) ve medikal (krem ve lokal anestetikler); sistemik ve lokal bazı yöntemler geliştirmişlerdir [17,-21] Longo tarafından geliştirilen hemoroidopeksi yönteminde dentate çizgi proksimalindeki insensitif mukozal rezeksiyon, anal kanal mukozası daha az hasar görmesine sebep olarak hastaların daha az ağrı duymasına sebep olmaktadır. Bizim hastalarımızda % 50' sinde ilk defekasyon ağrısız olmuştur. İlk 2 gün İM Diklofenak ağrı kontrolünü %75 hastada sağlamaktadır. Sobrado ve arkadaşları ise % 76 oranında ilk defekasyonu ağrısız olarak tespit etmişlerdir[7].

Çok merkezli çalışmalarda, yara iyileşmesi, normal aktiviteye dönüş ve hastanede kalış süreleri bizim çalışmamıza benzer olarak görülmektedir[22]. Hastalarımız ortalama 6,2 günde normal günlük aktivitelerine döndüler.

Perioperatif hemorajiler bakımından konvansiyonel yöntemlerle stapler yöntemi arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Paolo Boc-

casanta ve arkadaşlarının bir çalışmasında erken ve geç dönem kanama hastalarının %12,5 'unda gözlenmiş[9]. Yine Athar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada post operatif kanama % 5.7 oranında tespit edilmiştir. 1 hastaya post operatif kan transfüzyonu yapılmıştır. Bizim 2 hastamızda post operatif erken dönemde kanama görüldü ve lokal kanama kontrolü ile kontrol altına alındı.

Sistemik randomize çalışmalarda ve metaanalizlerde komplikasyon ve nüks bakımından 1 yıl takiplerde konvansiyonel ve stapler yöntemleri için anlamlı farklılık saptanmamıştır [9-12]. Hetzer ve ark.[5] rekürrens bakımından her iki yöntemin aralarında bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Buna karşın Ganio ve ark. [23] 50 staplerli hastanın 10' unda ilk yıl nüks saptamıştır. Yine Ortiz ve arkadaşları da [24] 27 hastanın 7' sinde rekürrens olduğunu saptamıştır [24] Smyth ve arkadaşlarının bir çalışmasında % 2 vakada nüks saptanmıştır [15]. Bizim 1 vakamızda 1 yıl sonra nüks gözlemlendi ve konvansiyonel hemoroidektomi ile başarılı bir şekilde tedavi edildi.

Hastalarımızda post operatif sepsis ve enfeksiyon gözlenmedi. 4 hastamızda üriner retansiyon gözlemlendi ve bunların 1' inde üriner sistem enfeksiyonu saptandı. Moloy ve arkadaşları stapler hemoroidopeksi sonrasında ciddi sepsis ve enfeksiyon ile karşılaşmışlardır [25].

Post operatif erken dönemde, fonksiyonel sonuçlara bakıldığında [14, 22, 26, 27], fekal inkontinans yönünden her iki yöntem arasında fark saptanmamıştır. Yaklaşık 1 yıl takip ettiğimiz hastalarda, bizim çalışmamızda herhangi gaz veya katı inkontinansı gözlenmedi.

Çoğu cerrahın korktuğu anal stenoz vakasına rastlanmadı. Desoky ve Shalaby [27], stapler ile hemoroidopeksi yapılan vakaların %2 ' sinde, konvansiyonel yöntemle yapılan vakaların % 5 ' inde anal stenoz vakasına rastlamışlardır.

Smyth ve arkadaşlarının bir çalışmasında yaklaşık 3 yıl izlemlerde, yaşam kalitesi yönüyle konvansiyonel yöntemlerden bir farkı olmadığı tespit edilmiştir [15]. Hastalarımızda tenezm, anal kaşıntı, parsiyel inkontinans gibi yaşam kalitesini düşüren postoperatif problemler görülmedi.

Stapler hemoroidopeksili vakaların uzun dönem sonuçları, yayınlarda oldukça değişiklik arz etmektedir. Bizim sonuçlarımız literatürlerle paralellik göstermektedir. Bu bağlamda daha fazla ve daha uzun dönem takipli yayınlara ihtiyaç vardır.

## Sonuç

Seçilmiş hemoroidal hastalıklarda stapler yöntemi sonuç ve komplikasyonlar yönüyle konvansiyonel yöntemlere göre, iyi bir alternatif yöntemdir. Minimal analjezik kullanımı, kısa süre hastanede yatış ve normal aktiviteye dönüş gibi avantajları olan bu yöntemin dezavantajlarının tespiti için daha çok birikim ve daha uzun süre takibe ihtiyaç vardır.

## Kaynaklar

1. Murshid KR. Hemorrhoids! Don't call the surgeon yet. Saudi J Gastroenterol 1997;3:94- 5.
2. Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal and operative treatment of hemorrhoids. Lancet 1937;2:1119-24.
3. Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 1959;2:1176-9.
4. Habr-Gama A, Silva-e-Sousa Jr AH, Rovelto JMC, Souza JS, Benício F, Regadas FSP et al., Stapled hemorrhoidectomy: initial experience of a Latin American group. J Gastrointest Surg. 2003;7:809-13.
5. Hetzer FH, Demartines N, Handschin AE, Clavien PA. Stapled vs excision hem-

- orrhoidectomy long-term results of a prospective randomized trial. *Arch Surg* 2002;137:337-40.
6. Nahas SC, Borba MR, Brochado MCT, Marques CFS, Nahas CSR, Miott-Neto B. Stapled hemorrhoidectomy for the treatment of hemorrhoids. *Arq Gastroenterol*. 2003;40:35-9.
7. Sobrado CW, Bringel RWA, Nahas SC. Tratamento cirúrgico da doença hemorroidária. In: Cruz GMG, editor. *Coloproctologia terapêutica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.2148-60.
8. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a new circular suturing device: A new procedure. 6 th World Congress of Endoscopic surgery. Rome: Manduzzi; 1998. p. 777-84.
9. Boccasanta P, Capretti PG, Venturi M, Cioffi U, De Simone M, Salamina G, et al. Randomised controlled trial between stapled circumferential mucosectomy and conventional circular Hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse. *Am J Surg* 2001;182:64-8.
10. Khalil KH, O'Bichere A, Sellu D. Randomized clinical trial of sutured versus stapled closed Hemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2000;87:1352-5.
11. Mehigan BJ, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Morgan-Milligan haemorrhoidectomy: Randomized control trial. *Lancet* 2000;355:782-85.
12. Rowsell M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: Randomized controlled trial. *Lancet* 2000;355:799-81.
13. Borba MR, Sobrado CW, Sokol S. Hemorroidectomia pela técnica fechada (técnica de Sokol). Análise de 322 doentes. *Rev Bras Coloproctol* 1997;17:98-100.
14. Ortiz H, Marzo J, Armendariz P. Randomized clinical trial of stapled hemorrhoidopexy versus conventional diathermy hemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2002;89:1376-81.
15. Smyth EF, Baker RP, Wilken BJ, Hartley JE, White TJ, Monson JR. Stapled versus excision haemorrhoidectomy: long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361:1437-8.
16. Sobrado CW. Tratamento cirúrgico da doença hemorroidária. In: Silva JH, editor. *Manual de coloproctologia*. São Paulo: Zeppelini; 2000. p.151-74.
17. Andrews BT, Layer GT, Jackson BT, Nicholls RJ. Randomized trial comparing diathermy hemorrhoidectomy with the scissor dissection Milligan- Morgan operation. *Dis Colon Rectum* 1993;36:580-3.
18. Chester JF, Stanford BJ, Gazet JC. Analgesic benefit of locally injected bupivacaine after Hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1990;33:487-9.
19. Goldstein ET, Williamson PR, Larach SW. Subcutaneous morphine pump for postoperative hemorrhoidectomy pain management. *Dis Colon Rectum* 1993;36:439-46.
20. Carapeti EA, Kamm MA, McDonald PJ, Phillips RK. Double-blind randomized control trial of effect of metronidazol on pain after day-case Hemorrhoidectomy. *Lancet* 1998;351:169-72.
21. Mathai V, Ong BC, Ho YH. Randomized controlled trial of lateral internal sphincterotomy with haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 1996;83:380-2.
22. Corman ML, Gravie JF, Hager T, Loudon MA, Mascagni D, Nystrom PO, et al. Stapled hemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party – indications, contra-indications and technique. *Colorectal Dis* 2003;5:304-10.
23. Ganio E, Altomare DF, Gabrielli F, Milito G, Canuti S. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001;88:669-74.
24. Ortiz H, Marzo J, Armendariz P. Randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy versus conventional diathermy haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2002;89:1376-81
25. Molloy RG, Kingsmore D. Life threatening pelvic sepsis after stapled hemorrhoidectomy. *Lancet* 2000;355:810.
26. Khalil KH, O'Bichere A, Sellu D. Randomized clinical trial of sutured versus stapled closed hemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2000;87:1352-5.
27. Shalaby R, Desoky A. Randomized clinical trial of stapled versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2001;88:1049-53.