

Stejplad hemorrojdopexi – risk för rektumperforation och sepsis



GUNNAR RIMBÄCK, med dr, överläkare, kirurgiska kliniken, Frölunda specialistsjukhus, Göteborg
gunnar.rimback@vgregion.se

Hemorroider är en mycket vanlig åkomma i västvärlden; prevalensen varierar mellan 4 och 10 procent [1]. De flesta av patienterna kan framgångsrikt behandlas i primärvården med stolpiller och salva. Större hemorroider kräver behandling med gummiringsgatur eller injektionsbehandling med skleroserande ämne. Endast 2–3 procent av alla patienter med hemorroider behöver opereras. Sedan länge har man då använt konventionell hemorrojdektomi enligt Milligan–Morgan. Vid detta ingrepp avlägsnas hemorroiderna kirurgiskt, vilket kan utföras på olika sätt, bla med diatermi. Den kirurgiska grundtanken är dock densamma vid de olika metoderna.

År 1998 lanserade italienaren Longo en ny operationsmetod [2]. Denna sk stejplade hemorrojdopexi innebär att ett cirkulärt band av slemhinnan ovan hemorrojderna stejplas av med hjälp av ett cirkulärt instrument. Själva hemorrojderna lämnas således kvar, berövas sin kärlförsörjning och skrumpnar ihop. Den stora fördelen med operationen är att den inte kvarlämnar några öppna sårytor utanför anus. Metoden har fått mycket stor spridning och är väldigt väl studerad.

Man har kunnat visa att den jämfört med konventionell hemorrojdektomi ger mindre postoperativ smärta och snabbare återgång till normala aktiviteter, men att recidivfrekvensen är högre [3].

Alla kirurgiska åtgärder mot hemorroider kan förstas leda till komplikationer. Dessa är oftast av lindrigare art i form av kraftig smärta, blödning, lokal infektion eller urinretention. Allvarliga septiska komplikationer är lyckligtvis ovanliga, men finns beskrivna vid all kirurgi mot hemorroider, i sällsynta fall även vid ringbehandling och skleroterapi.

I randomiserade studier där man jämfört komplikationsfrekvensen vid konventionell hemorrojdektomi med stejplad hemorrojdopexi har man inte funnit någon skillnad mellan metoderna. Det har dock funnits rapporter om tarmperforation och letal sepsis. Nu har en fransk grupp vid universitetssjukhuset i Grenoble gjort en systematisk genomgång av litteraturen och en sammanställning av alla publicerade fall av livshotande sepsis efter stejplad hemorrojdopexi [4].

»... och ska därför utföras endast på enheter med stor erfarenhet av ingreppet.«

Från den första artikeln år 2000 fram till nu fann de 29 artiklar, som rapporterade om 40 patienter drabbade av svår sepsis efter stejplad hemorrojdopexi. Patienternas medelålder var 48 år. Den postoperativa symtombilden bestod av svår och diffus buksmärta, vattenkastningsproblem med eller utan urinretention, feber, hypotension och septisk chock.

Huvuddelen (35 patienter) genomgick laparotomi då stomi anlades. En patient opererades med låg främre resektion. Totalt 4 patienter avled av sina komplikationer.

Författarna kunde analysera orsakerna till postoperativ sepsis i 30 fall. De kunde klassificera dessa i fyra grupper. I den första gruppen stejplades inte bara slemhinnan bort, utan man utförde en resektion genom hela tarmväggen med hål genom väggen som följd. I den andra gruppen fann man primärt en intakt stejplad, men perforationen skedde efter en fördröjning på några dagar. Den tredje gruppen bestod av patienter där perforationen orsakades av ett hematom i stejplraden. Rektal perforation kunde också ske genom stenosis i stejplraden med åtföljande dilatation av rektum ovanför.

Hur kan då dessa allvarliga komplikationer undvikas? Författarna konkluderar att det viktigaste är att man verkligen sätter tobakspungsuturen i submukosans plan och inte djupare in i tarmväggen.

Det är också nödvändigt att man i slutet av operationen noga inspekterar stejplraden för att förvissa sig om att

den är intakt, inte blöder eller är för trång.

Septiska komplikationer kan förekomma efter alla kirurgiska åtgärder av hemorroider. Sannolikt är risken för detta störst efter stejplad hemorrojdopexi, som också uppvisar en specifik risk för perforation av rektum. Om man efter stejplad hemorrojdopexi finner en patient med triaden svår smärta, feber och vattenkastningssvårigheter ska septisk komplikation misstänkas, och patienten bör snabbt transporteras till operationsavdelning för undersökning i narkos.

Stejplad hemorrojdopexi kan vara den lämpligaste operationen vid vissa speciella fall av hemorroider. Metoden kan dock orsaka allvarliga komplikationer och ska därför utföras endast på enheter med stor erfarenhet av ingreppet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Hemorrhoidal disease: a comprehensive review. *J Am Coll Surg.* 2007; 204(1):102-17.
2. Longo A. Stapled anopecty and stapled hemorrhoidectomy: two opposite concepts and procedures. *Dis Colon Rectum.* 2002;45:571-2.
3. Shao WJ, Li GCH, Zhang ZHK, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled hemorrhoidectomy with conventional hemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2008;95:147-60.
4. Faucheron JL, Voirin D, Abba J. Rectal perforation with life-threatening peritonitis following stapled hemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2012;99:746-53.

SAMMANFATTAT

Hemorroider är en vanlig åkomma, som i 2–3 procent av fallen behöver opereras. Stejplad hemorrojdopexi är en mycket väl studerad operationsmetod, som i randomiserade studier inte visat några allvarliga komplikationer. **Vid en omfattande** litteraturgenomgång har man dock funnit 40 patienter, som efter stejplad hemorrojdopexi utvecklade svår sepsis. De flesta hade perforation av rektum. Ingreppet bör därför utföras endast på enheter med stor erfarenhet av det.