

ARAŞTIRMA YAZISI

Hemoroidin cerrahi tedavisinde Milligan-Morgan hemoroidektomi: 828 olgunun incelenmesi

The Milligan-Morgan operation in the surgical treatment of hemorrhoids:
Survey of 828 cases

Barış Saylam*, Mehmet Vasfi Özer*, Arife Polat Düzgün*, Tolga Dinç*, Mehmet Onur Gülseren*, Faruk Coşkun*

Amaç: Prolabe internal hemoroidli hastalarımızda yapmış olduğumuz Milligan-Morgan usulü hemoroidektomi ameliyatının sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem: Ocak 2000-Ocak 2009 tarihleri arasında, Milligan-Morgan tekniği uygulanan 828 hasta çalışmaya alındı. Hastaların dosya kayıtları incelenerek; şikâyetleri, anorektal yandaş hastalıkları, operasyon bulguları, postoperatif erken ve geç komplikasyonları kaydedildi.

Bulgular: Olguların %70'i erkek ve ortalama yaş 44 (17-76) idi. Şikâyetleri 1 ay ile 5 yıl arasında var olup sıklık sırasına göre ele gelen pake, kanama ve ağrı idi. %74'ünde pakeler klasik (saat 3.7.11) yerleşimliydi. Çoğunluğu (%68) grad 4 hemoroid idi. Hastalarımızın %23'ünde yandaş anorektal hastalık olarak anal fissür mevcuttu. Hepsi genel anestezi altında ve litotomi pozisyonunda ameliyat edildi. Milligan-Morgan tekniği için ameliyat süresi ortalama 25 dk, hastanede kalış süresi 2 gündür. Postoperatif dönemde 72 hastada erken komplikasyon gelişti. 35 hastada şiddetli ağrı (%4,2), 5 hastada kanama (%1,7), 32 hastada (%3.9) idrar retansiyonu görüldü. Sekiz hastada geç dönemde komplikasyon gelişti. İki hastada anal stenoz, beş hastada anal fissür, bir hastada anal fistül-apse gelişti. Hiçbir hastada inkontinans olmadı ve nüks gözlenmedi.

Sonuç: Milligan-Morgan tekniği hemoroid cerrahisinde halen en çok uygulanan tekniktir. Bizler MMH'nin efektif ve güvenilir bir yöntem olması nedeniyle tercih edilebilir olduğu sonucunu desteklemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Milligan-Morgan tekniği, hemoroidektomi, hemoroid.

*Ankara Numune EA Hastanesi,
3. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara,
Türkiye

Dr. Faruk Coşkun
E-posta: farukcoskun@mynet.com

Makale Geliş Tarihi: 20.12.2010
Makale Kabul Tarihi: 17.03.2011

GİRİŞ

Hemoroidler anal kanalda yerleşmiş normal anatomik oluşumlardır. Anal yastıkçıklar adı verilen bu oluşumlar istirahat esnasında bir tıkaç görevi görerek kontinense katkıda bulunurken, defekasyon esnasında anal kanalın travmatize olmasını engellerler.

Anal yastıkların semptomatik hale gelmesine 'Hemoroid Hastalığı' ya da 'Hemoroidal Hastalık' denilmektedir. İnsidansı yaş ile artmakla birlikte, prevalansı %2,9-27,9 arasındadır (1). Günlük cerrahi pratikte sık karşılaştığımız hemoroid hastalığı nedeniyle yaptığımız hemoroidektomiler tüm ameliyatların yaklaşık %7'sini oluşturmaktadır.

Milligan-Morgan hemoroidektomi (MMH) tekniği, 1937 yılında Milligan ve Morgan tarafından ciddi hemoroidal hastalığın tedavisinde tarif edil-

miş olup halen altın standart tarzındadır (2). Bu çalışmada Kliniğimizde 10 yıl içinde 828 hastada yapmış olduğumuz MMH ameliyatının sonuçları retrospektif olarak incelendi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde 2000-2009 yılları arasında MMH yapılan, 3 ve 4. derecede hemoroidi bulunan hastaların dosya kayıtları ve hasta takip formları incelenerek; başvuru şikâyetleri, anorektal yandaş hastalıkları, ameliyatın postoperatif erken ve geç komplikasyonları prospektif olarak kaydedildi.

Uyguladığımız MMH tekniğinin esası şöyledir: hemoroid pakesi pedikülüne kadar diseke edildikten sonra radiksinden bağlanıp (yüksek ligasyon) eksize edilmesini takiben, yaranın açık bırakılmasını içerir. Eksizyon sırasında anal stenozdan kaçınmak için pakeler arasında yeterli sağ-

lam mukoza köprücükleri bırakmaya tizlikle dikkat edilmelidir.

Hastalar taburcu edildikten sonra ilk 15 gün içinde gūnaşırı kontrole çağrıldı. Anal stenoza engel olmak için rektal tuşelerle dilatasyon yapıldı. Tüm hastaların 1. ve 3. ay sonunda 1. yılda şikāyetleri sorgulandı. Hastaların 1. yıldan sonraki takipleri ise telefon aracılığıyla veya yüz yüze şikāyetleri sorgulanarak yapıldı. Hastalara anorektal bölgeye ait her türlü sorunda muayene için gelmeleri önerildi.

BULGULAR

Bu 10 yıllık dönemde toplam 828 hastaya MMH yapılmıştır. Hastaların %70'i (580) erkek ve ortalama yaş 44 (17-76) idi. Hastalarımızın klinik şikāyetleri 1 ay ile 5 yıl arasında var olup klinik yakınmaları sıklık sırasına göre ele gelen nodül, kanama, ağrı, kaşıntı, akıntı ve anemi idi (Tablo 1). Hastaların %97'si birden çok nodül içerirken; 25 olguda tek pake mevcuttu. Hastaların %74'ünde pakeler klasik (saat 3.7.11) yerleşimliydi. Hastalarımızın çoğunluğu (%68) 4. derece hemoroid idi. Hastaların hepsi genel anestezi altında ve litotomi pozisyonunda ameliyat edildi.

Tablo 1. Hastalarımızın klinik yakınmaları.

Semptomlar	Hasta Sayısı (%)
Nodül	786(95)
Kanama	736(89)
Ağrı	190(23)
Kaşıntı	149(18)
Mukoid akıntı	99(12)
Anemi	8(1)

Tablo 2. Uygulanan ek ameliyat teknikleri.

Ameliyat Tekniği	Hasta Sayısı (%)
MM	728(88)
MM+LİS	58(7)
MM+Reclus	42(5)
Toplam	828

Milligan Morgan Usulü Hemoroidektomi: MM
Lateral İnternal Sfinkterotomi: LİS

Hemoroid hastalığı tek başına olabildiği gibi diğer selim anorektal hastalıklara eşlik edebilir. Hastalarımızın %23'ünde yandaş anorektal hastalık olarak anal fissür mevcuttu. Milligan-Morgan hemoroidektomiye ek olarak bazı olgularda lateral internal sfinkterotomi veya reklus ameliyatı yapıldı (Tablo2). MMH tekniği

için ameliyat süresi ortalama 25 dk (8- 40 dk), hastanede kalış süresi 2 gündü.

Postoperatif dönemde 72 hastada erken komplikasyon (%8.6) geliştı. 35 hastada şiddetli ağrı (%4,2), 5 hastada kanama (%1,7), 32 hastada (%3,9) idrar retansiyonu görüldü (Tablo 3). Ortalama 2 yıl (6 ay-60 ay) takip sonrası dönemde sekiz hastada geç dönemde komplikasyon (%0.9) geliştı. Geç komplikasyon olarak iki hastada anal stenoz, beş hastada anal fissür, bir hastada anal fistül-apse geliştı (Tablo 4). Tüm hastalarda takip süresi (1 yıl-10 yıl) en az 1 yıl olup hiçbir hastada inkontinans olmadı ve nüks gözlenmedi.

Tablo 3. Postoperatif erken komplikasyonlar.

Erken komplikasyon	Hasta sayısı (%)
Şiddetli ağrı	35(4.2)
Kanama	5 (1.7)
İdrar Retansiyonu	32 (3.9)

Tablo 4. Geç komplikasyonlar.

Geç Komplikasyon	Hasta sayısı (%)
Anal stenoz	2 (0.24)
Anal apse-fistül	1 (0.12)
Anal fissür	5 (0.6)
İnkontinans	0
Nüks	0

TARTIŞMA

Konvansiyonel cerrahi hemoroidektomi hemoroidal yastıkların eksizyonu olup genellikle 3. ve 4. derece hemoroidlerde önerilir. MMH tekniği hemoroid cerrahisinde günümüzde standart tedavi olarak konvansiyonel eksizyonel teknikler arasında ön planda olup en etkili yöntem olarak görülmekte ve yeni hemoroidektomi teknikleri ile karşılaştırmalar bu yöntem üzerinden yapılmaktadır (1- 8). 3. ve 4. derece hemoroidlerde bizim de Kliniğimizde tercih ettiğimiz yöntem Milligan-Morgan hemoroidektomidir. Reklus yöntemini MMH uygularken karşılaştırdığımız sekonder hemoroid nodüllerine uygulamaktayız. LİS ise yandaş patoloji olarak bulunan anal fissür olgularına uygulanmıştır.

Milligan-Morgan hemoroidektomi etkilidir, fakat postoperatif erken dönemde gözlenen idrar retansiyonu, hemoraji ve ağrı en önemli komplikasyonlarıdır (1). Özellikle cerrahi girişim sonrası ağrı şikāyetinin en sık görüldüğü prosedür he-

moroidektomidir, bu nedenle çalışmalar ve geliştirilen teknikler postoperatif ağrının azaltılmasını amaçlamaktadır (9-11). Öyle ki operasyon sonrası görülen bu ağrı hemoroid hastasının cerrahi yöntemi seçmesini engellerken, tedavide de gecikmelere neden olmaktadır. Biz kliniğimizde postoperatif ilk 24 saatte düzenli analjezik kullanımı sonrası dayanılmaz ağrı şikāyetine %4,2 (34 hasta) oranında rastladık. Hemoroidektomi sonrası ağrının etiolojisi açık olmamasına rağmen ağrı şikāyeti olan hastaların çoğunluğu genç ve erkek hastalar olup preoperatif dönemde yoğun anksiyete yaşıyan hastalardır (12).

Postoperatif dönemde görülen ağrıyı azaltmak ve hasta memnuniyetini artırmak amacıyla tercih edilen sirküler stapler hemoroideksi yöntemiyle uygulanan ilk çalışmalarda daha az ağrı ve hasta memnuniyetinde artış olduğu vurgulanmasına rağmen, yıllar geçtikçe bu yöntemin Cochrane metodolojisi kullanılarak değerlendirilmesinde aslında o kadar da etkili olmayıp yüksek nüks oranları, rektal prolapsus ve hemoroidal semptomlarda artış ile karşılaştırdığı belirtilmektedir (3,13,14).

Hemoroidektominin klasik olarak bistüri ve makas yerine başka kesici aletlerle (Harmonik bistüri, lazer, ultrasonik diatermi, ligasure) de yapılması mümkündür (6,9,15). Fakat günümüzde bu aletlerin kullanımının avantajları (daha az kanama, daha az doku hasarına bağlı ağrı da azalma) yanında maliyet ve kullanımının yaygın olmaması ve aynı zamanda yapılan çalışmalarda da çok fark görülmemesi tercihleri değiştirmemektedir (16,17). Kliniğimizde ekonomik nedenlerle bu teknik gelişmelerin bazıları kullanılmadı ve bazılarında da çok az deneyimiz oldu. Bipolar elektrotermal sealing aletinin (Ligasure-M) hemoroidektomide kullanımının ise daha az ağrıya neden olduğu fakat hemoroidal hastalığın nüksü konusunda uzun süreli takiplere ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (12).

Erken dönem komplikasyonlar açısından diğer serilerle önemli bir fark gözlenmemiştir. İnternal anal sfinkterin spazmı hemoroidal hastalıkta rol oynamaktadır ve hatta hemoroid cerrahisi sonrası anal ağrının kaynağı olabilir. Bu nedenle erken dönem komplikasyonlarından ağrı ve idrar retansiyonu ve anal stenoz üzerine etkisi olabileceği belirtilmektedir (10,18,19). Hemoroidektomi sonrası diltiazem krem uygulamasının

ağrıyı azalttığı ifade edilmektedir (10). Hemoroid hastalığına anal fissür eşlik eden 58 hastamızda MM hemoroidektomiye ek olarak LİS yapılmış olup bu hastalarda ağrı şikâyetine rastlanmadı.

En sık gözlenen erken dönem komplikasyonlarından biri de üriner retansiyondur (%2-30,6) (1,20). Hastalarımızda üriner retansiyon %3,9 oranında görüldü ve çoğunlukla sıcak uygulama ve öneriler yeterli oldu. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte gözlenen kanamalar %0.03-6 oranında olup teknik hata ile oluşur ve genellikle ameliyat gerektirirler. İki hastamızda gördüğümüz erken dönemdeki kanama için biri acil ameliyata alınarak yeniden pedikül sütüre edilirken diğer hastada olan kanama için yatağında yara eksplorasyonunu takiben sıkı pansuman ile takip edilerek kanama durduruldu. Ameliyat sonrası 5-10. günlerde görülen geç kanamalar (%0,5-4) bağlanan pedikülün erken ayrılması nedeni ile gelişir. Yeniden ameliyat, balon tampon veya packing gibi yöntemler kullanılabilir. Hemoroidekto-

mi yarasının iyileşmesi sırasında çalışmamızda da görüldüğü gibi ender olarak anal fissürle sonuçlandığı (%1-2,6) belirtilirken, stapler hemoroideksi sonrası anal fissür gelişimi daha yüksek oranda (%6,3) görülmektedir (21). Hastalara postoperatif dönemde konstipasyondan kaçınmaları için diyet önerilerinde bulunulmalıdır. Anal fissür gelişen 5 hastamızda da diyet ve lokal anestezi tedavide yeterli oldu. En çok korkulan komplikasyon anal stenozdur (%0-6) (20). Anal stenoz gördüğümüz 2 hastanın da 3 hemoroid pakesi olup ilk 15 günde sadece bir kez kontrole gelmiş ve rektal tuşe kendilerine öğretilmiş olmasına rağmen uygulama sorunu yaşamış hastalarımızdır. Bu nedenle sağlam mukoza köprüleri bırakmak ve postoperatif erken dönemde rektal tuşerle kontrol önemlidir.

Kliniğimizde rutin olarak tüm hemoroidektomili hastalar ilk 15 gün, 1. ay, 3. ay ve 1. yılda kontrol edilirken her türlü anorektal şikâyette de Kliniğimize başvurularını vurgulanır. Nitekim, hemoro-

id hastalığında başarılı tedavi yönteminin seçiminde erken dönemde gözlenebilecek sorunlardan çok ilerleyen yıllarda ortaya çıkan hemoroid semptomları ve nüksün değerlendirilmesi vurgulanmaktadır (1). Hemoroidektomi sonrası anal inkontinans %0-12 oranında gelişebileceği belirtilse de biz anal inkontinansla karşılaşmadık (20). Hemoroid hastalığının tedavisinde en iyi yöntem olarak kabul edilen ve kliniğimizde de uyguladığımız MMH tekniği bu çalışmamızda da etkili bir yöntem olup hiçbir hastamızda inkontinans ve nüks gelişmemiştir.

Sonuç olarak, hemoroidal hastalıkta uygulanacak yöntemin hasta memnuniyetini artırmak, erken komplikasyonları azaltmak, geç dönemde nüks, prolapsus ve hemoroidal şikâyetlerin tekrarlmasını da önleyecek nitelikte olması için teknolojik aletlerin geliştirilmesi için çalışıldığı bu dönemde MM hemoroidektomi grad 3 ve 4 hemoroidal hastalığın tedavisinde en uygun ameliyat yöntemi olarak görülmektedir.

SUMMARY

The Milligan-Morgan operation in the surgical treatment of hemorrhoids: Survey of 828 cases

Purpose: Patients with prolapsing internal hemorrhoids were treated with Milligan-Morgan hemorrhoidectomy (MMH) technique, and the results were evaluated.

Materials and Methods: From January 2000 to January 2009, 828 consecutive hemorrhoidal patients underwent Milligan-Morgan technique. The patients records were examined, symptoms, associated with anorectal disease, operative findings, early and late post-operative complications were recorded.

Results: 70% were males and the mean age was 44 (17-76) years. Range of complaint duration was between 1 month to 5 years and according to the frequency prolapsing piles, bleeding, and anemia respectively. Prolapsing piles were located at classical (h 3.7.11) location in 74% of the patients. The majority (68%) had grade 4 hemor-

rhoids. 23% of our patients had associated anorectal disease (anal fissure). All procedures were performed under general anesthesia with the patient in lithotomy position. The mean operative time was 25 min. Postoperative complications occurred in 72 patients in early period. Of all patients, 4.2% complained of mild rectal pain for a post-operative period, 3.9% developed post-operative urinary retention, managed with catheterization, 1.7% developed hemorrhage. The most common early postoperative complication was anal fissure seen in 5 patients followed by anal stenosis (2 patients), and anal fistula-abscess developed in one patient. In patients treated with MMH, incontinence, and disease recurrence were not observed.

Conclusion: The Milligan-Morgan hemorrhoidectomy is still one of the most popular surgical treatments of hemorrhoids. The authors conclude that the Milligan-Morgan technique is to be preferred because of its effectivity and safety.

Key Words: Milligan-Morgan operation, hemorrhoidectomy, hemorrhoid

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Faruk Coşkun, Mehmet Vasfi Özer

Verilerin elde edilmesi:

Arife Polat Düzgün, Tolga Dinç, Mehmet Onur Gülseren

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Arife Polat Düzgün, Barış Saylam

Yazının kaleme alınması:

Arife Polat Düzgün, Barış Saylam

İstatistiksel değerlendirme:

Arife Polat Düzgün, Barış Saylam

KAYNAKLAR

1. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, London MA. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev 2005; 20:;CD005034.

2. Jóhannsson HO, Pählman L, Graf W. Randomized clinical trial of the effects on anal function of Milligan-Morgan versus Ferguson haemorrhoidectomy. Br J Surg 2006;93:1208-1214.

3. Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled hemorrhoidectomy is associat-

ed with a higher long-term recurrence rate of internal hemorrhoids compared with conventional excisional hemorrhoid surgery. Dis Colon Rectum 2007;50:1297-1305.

4. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. Dis Colon Rectum 1995;38:687-694.

5. Guenin MO, Rosenthal R, Kern B, Peterli R, von Flüe M, Ackermann C. Ferguson hemorrhoidectomy: long-term results and patient satisfaction after Ferguson's hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1523-1527.
6. Altomare DF, Milito G, Andreoli R, Arcanà F, Tricomi N, Salafia C, Segre D, Pecorella G, Pulvirenti d'Urso A, Cracco N, Giovanardi G, Romano G; Ligasure for Hemorrhoids Study Group. Ligasure Precise vs. conventional diathermy for Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial. *Dis Colon Rectum* 2008;51:514-519.
7. Khafagy W, El Nakeeb A, Fouda E, Omar W, Elhak NG, Farid M, Elshobaky M. Conventional haemorrhoidectomy, stapled haemorrhoidectomy, Doppler guided haemorrhoidectomy artery ligation; post operative pain and anorectal manometric assessment. *Hepatogastroenterology* 2009;56:1010-1015.
8. Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;18:CD005393.
9. Ivanov D, Babović S, Selesi D, Ivanov M, Cvijanović R. Harmonic Scalpel hemorrhoidectomy: a painless procedure? *Med Pregl* 2007;60:421-426.
10. Amoli HA, Notash AY, Shahandashti FJ, Kenari AY, Ashraf H. A randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of the effect of topical diltiazem on post-hemorrhoidectomy pain. *Colorectal Dis* 2009.
11. Al-Mulhim AS, Ali AM, Al-Masuod N, Alwahidi A. Post hemorrhoidectomy pain. A randomized controlled trial. *Saudi Med J* 2006;27:1538-1541.
12. Nienhuijs S, de Hingh I. Conventional versus LigaSure hemorrhoidectomy for patients with symptomatic hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 21:CD006761.
13. Lan P, Wu X, Zhou X, Wang J, Zhang L. The safety and efficacy of stapled hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a systematic review and meta-analysis of ten randomized control trials. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:172-178.
14. Shao WJ, Li GC, Zhang ZH, Yang BL, Sun GD, Chen YQ. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 2008;95:147-160.
15. Ozer MT, Yigit T, Uzar AI, Menten O, Harlak A, Kilic S, Cosar A, Arslan I, Tufan T. A comparison of different hemorrhoidectomy procedures. *Saudi Med J* 2008;29:1264-1269.
16. Madoff RD, Fleshman JW; Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004;126:1463-1473.
17. Pandini LC, Nahas SC, Nahas CS, Marques CF, Sobrado CW, Kiss DR. Surgical treatment of haemorrhoidal disease with CO₂ laser and Milligan-Morgan cold scalpel technique. *Colorectal Dis* 2006;8:592-595.
18. Kanellos I, Zacharakis E, Christoforidis E, Angelopoulos S, Kanellos D, Pramateftakis MG, Betsis D. Usefulness of lateral internal sphincterotomy in reducing postoperative pain after open hemorrhoidectomy. *World J Surg* 2005;29:464-468.
19. Amorotti C, Mosca D, Trenti C, Pintaudi U. Usefulness of lateral internal sphincterotomy combined with hemorrhoidectomy by the Milligan-Morgan's technique: results of a prospective randomized trial. *Chir Ital* 2003;55:879-886.
20. Halverson A. Hemorrhoids. *Clin Colon Rectal Surg* 2007;20:77-85.
21. Stolfi VM, Sileri P, Micossi C, Carbonaro I, Venza M, Gentileschi P, Rossi P, Falchetti A, Gaspari A. Treatment of hemorrhoids in day surgery: stapled hemorrhoidopexy vs Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. *J Gastrointest Surg* 2008;12:795-801.