

# BÖLÜM 7

## Ferguson Hemoroidektomi

Eray BALCI<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Hemoroidal hastalığın tedavisinde yaşam tarzı değişikliği, medikal tedaviler, ofis prosedürleri ve cerrahi işlemler mevcuttur. Hemoroidektomi; semptomatik evre III ve IV hemoroidlerin tedavisinde en başarılı tedavi seçeneğidir (1, 2). İlk olarak 1959'da Dr. Lynn Ferguson tarafından tariflenen hemoroidektomi tekniği günümüzde kapalı hemoroidektomi olarakta bilinir ve en çok tercih edilen hemoroidektomi tekniklerinden biridir (3, 4).

Hemoroidektomi endikasyonu hastalığın evresi ve semptomların şiddetine göre belirlenir (3). Ameliyat için en sık endikasyon konservatif tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu grade III ve IV hemoroidlerdir (5). Hastalar medikal tedaviler başarısız olduğunda cerrahi müdahale için değerlendirilir. Hemoroidal hastalığı olan hastaların yaklaşık %5-10'unda cerrahi tedavi gerekir (6).

Başvuran hastalardan eksiksiz bir anamnez alınarak tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Perianal alan ile anal kanalın inspeksiyonu takiben rektal tuşe yapılmalıdır. 50 yaş üzeri ve atipik semptomları olan hastalarda cerrahi öncesinde rektosigmoidoskopikdeğerlendirme yapılmalıdır (3). Ameliyat öncesi enema ile kısmi barsak temizliği yapılmalıdır (7). Anestezi tekniği hastaya göre belirlenir.

<sup>1</sup> Dr., Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, eray.balci@saglik.gov.tr

yatışın uzamasında en sık etkindir. Spinal anestezi yapılan hastalarda daha yüksek oranda görülür. Hemoridektomi sonrası ciddi bir komplikasyon olan gecikmiş kanama %0.9-10 oranında görülmektedir (21-23). Gecikmiş kanamanın sebepleri cerrahi teknik, antikoagülan kullanımı, enfeksiyon, nekroz ve aşırı ıkmayla ilişkili olduğu düşünülmektedir (24, 25). Kapalı hemoroidektominin; açık hemoroidektomiye göre ameliyat sonrası kanama riskinin daha az olduğu görülmektedir (26). Anal sfinkter yaralaması, anal sfinkterde aşırı gerilme veya hemoroid dokusunun çoğunluğunun kaybı olması durumunda nadir bir komplikasyon olan fekal inkontinans görülebilir. Anoderm ve anal mukozanın fazla çıkarılması sonucu anal stenoz görülebilir (27, 28).

Hemoroid cerrahisinde en önemli iki yöntem Milligan Morgan (açık hemoroidektomi) ve Ferguson (kapalı hemoroidektomi) operasyonlarıdır (29). Kapalı hemoroidektomi tekniği açık prosedüre (Milligan-Morgan prosedürü) göre daha az ağrılı, daha az postoperatif kanama riski olduğu ve daha iyi primer yara kapanması sağladığı için daha hızlı iyileşme sağlamaktadır (26). Kapalı hemoroidektomi en düşük nüks riskine sahip olmasıyla ön plana çıkmaktadır (30).

Bipolar diatermi (Ligasure™) ve ultrasonic scalpel (Harmonic Scalpel™) kullanılarak yapılan kapalı hemoroidektomi vakaları karşılaştırıldığında bipolar diatermi ile yapılan hemoroidektomilerde intraoperatif kan kaybı daha az ve ameliyat süresinin daha kısa olduğu gözlenmiştir. Ameliyat sonrası ilk gün hissedilen ağrı ve sonrasında analjezik kullanım miktarı bipolar diatermi yapılan hastalarda daha az olduğu gözlenmiştir (31).

Sonuç olarak evre III – IV hemoroidal hastalıkta Ferguson Hemoroidektomi düşük nüks nüks oranı ile başarılı bir cerrahi yöntemdir.

## KAYNAKLAR

1. MacRae, H.M., R.S.J.D.o.t.c. McLeod, and rectum, *Comparison of hemorrhoidal treatment modalities*. 1995. **38** (7): p. 687-694.
2. Wang, J.-Y., et al., *Randomized controlled trial of LigaSure with submucosal dissection versus Ferguson hemorrhoidectomy for prolapsed hemorrhoids*. 2006. **30** (3): p. 462-466.
3. Ferguson, J., et al., *The closed technique of hemorrhoidectomy*. 1971. **70** (3): p. 480-484.
4. Milone, M., et al., *Ferguson hemorrhoidectomy: is still the gold standard treatment?* 2012. **64** (3): p. 191-194.
5. Beattie, G.C., R.G. Wilson, and M.A. Loudon, *The contemporary management of haemorrhoids*. *Colorectal Dis*, 2002. **4** (6): p. 450-4.
6. Bleday, R., et al., *Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy*. 1992. **35** (5): p. 477-481.

7. Wanis, K.N., et al., *Systemic metronidazole may not reduce posthemorrhoidectomy pain: a meta-analysis of randomized controlled trials*. 2017. **60** (4): p. 446-455.
8. Davids, J.S., T.J.J.T.A.T.o.C. Ridolfi, and R. Surgery, *Hemorrhoids*. 2022: p. 209-229.
9. Brummett, C.M., et al., *New persistent opioid use after minor and major surgical procedures in US adults*. 2017. **152** (6): p. e170504-e170504.
10. Collins, J.B., J. Song, and R.C.J.C.J.o.P.S. Mahabir, *Onset and duration of intradermal mixtures of bupivacaine and lidocaine with epinephrine*. 2013. **21** (1): p. 51-53.
11. Mongelli, F., et al., *Pudendal nerve block in hemorrhoid surgery: A systematic review and meta-analysis*. 2021. **64** (5): p. 617-631.
12. Hancke, E., et al., *Schmerzmanagement nach Hämorrhoidektomie*. 2013. **84** (7): p. 587-593.
13. Xia, W., et al., *Topical analgesia following excisional haemorrhoidectomy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. 2020. **35** (2): p. 181-197.
14. Ala, S., et al., *Effect of topical baclofen 5% on post-hemorrhoidectomy pain: randomized double blind placebo-controlled clinical trial*. 2020. **24** (2): p. 405-410.
15. Ratnasingham, K., et al., *Meta-analysis of the use of glyceryl trinitrate ointment after haemorrhoidectomy as an analgesic and in promoting wound healing*. 2010. **8** (8): p. 606-611.
16. Linares-Gil, M.J., et al., *Topical analgesia with lidocaine plus diclofenac decreases pain in benign anorectal surgery: randomized, double-blind, and controlled clinical trial*. 2018. **9** (11).
17. Perrotti, P., et al., *Topical nifedipine with lidocaine ointment versus active control for pain after hemorrhoidectomy: results of a multicentre, prospective, randomized, double-blind study*. 2010. **53** (1): p. 17.
18. Balta, A.Z., et al., *The effect of early warm plastic bag application on postoperative pain after hemorrhoidectomy: a prospective randomized controlled trial*. 2015. **81** (2): p. 182-186.
19. Lyons, N., et al., *Systematic review and meta-analysis of the role of metronidazole in post-haemorrhoidectomy pain relief*. 2017. **19** (9): p. 803-811.
20. Xia, W., et al., *Metronidazole following excisional haemorrhoidectomy: a systematic review and meta-analysis*. 2018. **88** (5): p. 408-414.
21. Chen, H.H., et al., *Effective management of posthemorrhoidectomy secondary hemorrhage using rectal irrigation*. 2002. **45** (2): p. 234-238.
22. Chen, H.H., et al., *Risk factors associated with posthemorrhoidectomy secondary hemorrhage*. 2002. **45** (8): p. 1096-1099.
23. Rosen, L., et al., *Outcome of delayed hemorrhage following surgical hemorrhoidectomy*. 1993. **36** (8): p. 743-746.
24. Wilkins, B.D.J.J.o.t.A.M.A., *Gastrointestinal bleeding as seen by the proctologist*. 1957. **163** (14): p. 1214-1216.
25. Farrer, F.E.J.D.o.t.C. and Rectum, *Delayed postoperative anorectal hemorrhage*. 1961. **4** (1): p. 50-55.
26. Bhatti, M.I., M.S. Sajid, and M.K.J.W.j.o.s. Baig, *Milligan–Morgan (open) versus Ferguson haemorrhoidectomy (closed): a systematic review and meta-analysis of published randomized, controlled trials*. 2016. **40** (6): p. 1509-1519.
27. Eu, K.W., et al., *Anal stricture following haemorrhoidectomy: early diagnosis and treatment*. 1995. **65** (2): p. 101-103.
28. Carditello, A., et al., *Surgical treatment of anal stenosis following hemorrhoid surgery. Results of 150 combined mucosal advancement and internal sphincterotomy*. 2002. **54** (6): p. 841-844.
29. Lohsirivat, V., *Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view*. World Journal of Gastroenterology: WJG, 2015. **21** (31): p. 9245.
30. Jin, J., et al., *Interventional treatments for prolapsing haemorrhoids: network meta-analysis*. 2021. **5** (5): p. zrab091.
31. Tsunoda, A., et al., *Randomized controlled trial of bipolar diathermy vs ultrasonic scalpel for closed hemorrhoidectomy*. 2011. **3** (10): p. 147.