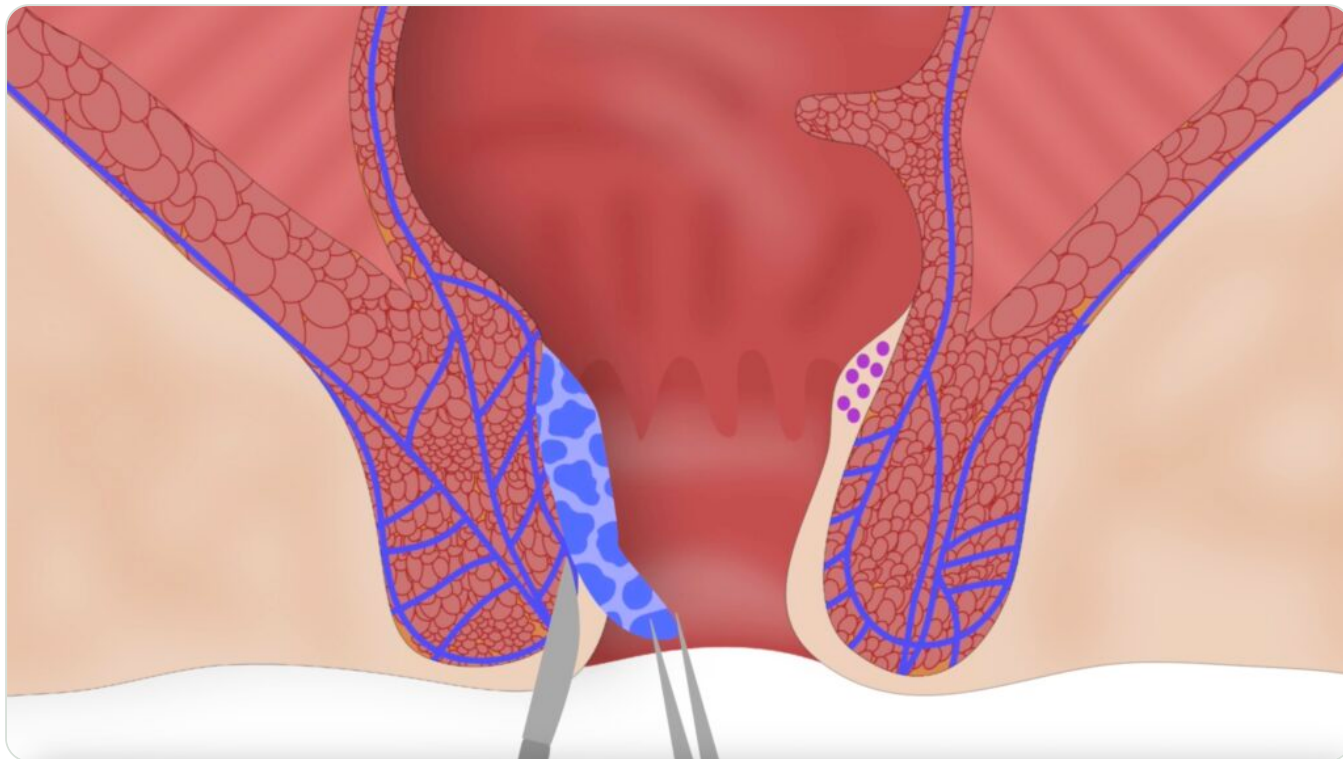


Kirurgisk Behandling af Hæmorider: Fra Milligan-Morgan til Moderne Teknikker



kirurgisk behandling af [hæmorider](#)

Kirurgisk behandling af hæmorider- Milligan-Morgan

Når konservativ behandling som fibertilskud, laksantia og lokalbedøvende salver ikke længere er tilstrækkelig, eller hvis patienten oplever gentagen [blødning fra tarmen](#) og smertefuldt fremfald, bliver kirurgisk behandling af hæmorider en nødvendighed.

Valget af kirurgisk strategi afhænger af hæmoridernes sværhedsgrad (grad I-IV) og patientens individuelle profil.

Små hæmorider kan behandles ad modum Milligan-Morgan i lokalbedøvelse

Indikationer for kirurgi

Kirurgisk behandling af hæmorider overvejes primært ved:

- **Grad III og IV hæmorider:** Hvor vævet prolaberer (falder ud) og enten skal skubbes manuelt på plads eller er fikseret uden for analkanalen.
- **Refraktær blødning:** Vedvarende [blødning fra tarmen](#), der medfører anæmi eller væsentlig nedsat livskvalitet og hvor andre behandlinger ikke giver de ønskede resultater.

Guldstandarden: Milligan-Morgan (Åben hæmorrhoidektomi)

Milligan-Morgan-teknikken, udviklet i 1937, betragtes stadig som "guldstandarden" på grund af dens ekstreme effektivitet og lave recidivrate (risiko for tilbagefald).

Proceduren

[Kirurgen](#) dissekerer de tre primære hæmoridepakker fri og underbinder de tilførende arterier. Herefter fjernes det syge væv, og såret efterlades åbent (ekscision ad modum Milligan-Morgan). Dette sikrer drænage og minimerer risikoen for dybe infektioner.

Fordele:

- Laveste risiko for tilbagefald sammenlignet med mindre invasive metoder.
- Yderst effektiv til både indre og ydre komponenter.

Ulemper:

- Betydelige postoperative smerter (skyldes sår i den smertefølsomme del af analkanalen).
- Længere ophealingstid (typisk 4–6 uger).

Alternative Kirurgiske Metoder

For at mindske de postoperative smerter er der udviklet teknikker, der opererer over den "tandede linje" (linea dentata), hvor nerveforsyningen er mindre følsom.

1. Ferguson (Lukket hæmorrhoidektomi)

Svarer til Milligan-Morgan, men her syes slimhinden sammen efter fjernelse af vævet.

- **Fordel:** Hurtigere sårheling.
- **Ulempe:** Øget risiko for sårruptur og infektion (absces).

2. Stapler-hæmorrhoidopexi (ad modum Longo)

Her anvendes en cirkulær stapler til at fjerne en ring af slimhinden over selve hæmoriderne, hvilket "løfter" dem op på plads og afbryder blodtilførslen.

- **Fordel:** Markant færre smerter og hurtig retur til arbejde.
- **Ulempe:** Højere risiko for recidiv og specifikke komplikationer som rektal perforation (omend sjældent).

3. THD / HAL (Transanal Hæmoroidal Dearterialisering)

En ultralydsvejledt teknik, hvor man finder og underbinder de arterier, der forsyner hæmoriderne.

- **Fordel:** Minimalt invasiv, ingen sår i huden, meget få smerter.
- **Ulempe:** Mindre effektiv ved meget store, fastlåste grad IV hæmorider.

Sammenligning af fordele og ulemper

Metode	Smerte-niveau	Recidivrisiko	Helingstid
Milligan-Morgan	Højt	Meget lav	4-6 uger
Longo (Stapler)	Lavt/Middel	Middel	1-2 uger

Metode	Smerte-niveau	Recidivrisiko	Helingstid
THD/HAL	Lavt	Middel	< 1 uge

Postoperativ pleje efter Milligan-Morgan operation

Efter en åben hæmorrhoidektomi er målet at sikre smertekontrol, holde afføringen blød og fremme sårhelingen i det åbne område.

1. Smertehåndtering (Analgetika)

Smerter er den største udfordring efter behandling af hæmorider med denne metode.

- **Kombinationsbehandling:** Man anvender typisk en fast plan med paracetamol (Panodil) og NSAID (f.eks. Ibuprofen) for at dække de basale smerter.
- ****Stærkere smertestillende:**** I de første 3-5 dage kan det være nødvendigt med opioider (f.eks. Tramadol eller Oxycodon).
 - *Forsigtighed:* Opioider virker obstiperende (forstoppende), hvilket kan gøre den første afføring meget smertefuld.
- **Lokalbedøvende salve:** Påføring af lidocain-gel før og efter afføring kan give kortvarig lindring.

2. Afføringsregulering og Kost

Det er afgørende, at den første afføring (typisk 1-3 dage efter operationen) er blød.

- **Laksantia:** Patienter sættes rutinemæssigt på osmotiske laksantia (f.eks. Magnesia eller Movicol) for at undgå hård mave og presning (straining).
- **Kost:** En fiberrig kost (grøntsager, fuldkorn) kombineret med rigeligt væskeindtag (2-3 liter dagligt) er essentiel.
- **Vane:** Undgå at sidde for længe på toilettet, da det øger presset på de opererede områder.

3. Hygiejne og Sårpleje

Da sårene ved Milligan-Morgan efterlades åbne, er renlighed vigtig for at forebygge infektion.

- **Sædebade:** Det anbefales ofte at tage lunkne sædebade (eller skylle med en bruser) 2-3 gange dagligt og altid efter afføring. Dette renser såret og kan virke afslappende på lukkemusklen (sphincter), hvilket dæmper spasmer og smerter.
- **Forbinding:** En simpel sugende forbinding (gazeserviet) anvendes til at opsuge sårveske, som er normalt i de første uger.

4. Hvornår skal man søge læge?

Selvom en smule frisk **blødning fra tarmen** er normalt ved de første afføringer, bør patienten reagere ved:

- Kraftig eller vedvarende blødning.
- Feber eller tiltagende hævelse og rødme (tegn på infektion).
- Manglende evne til at lade vandet (urinretention er en kendt, men forbigående bivirkning).

Kilder (PubMed-baseret)

1. **Brown S.R.** (2017). *Haemorrhoids: An update on management*. Therapeutic Advances in Chronic Disease. [PMID: 28670481](#)
2. **Lohsiriwat V.** (2012). *Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management*. World Journal of Gastroenterology. [PMID: 22611310](#)
3. **Salfi R., et al.** (2020). *Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: still the gold standard?* Reviews on Recent Clinical Trials. [PMID: 32204732](#)
4. **Watson A.J., et al.** (2016). *Hemorrhoidal artery ligation versus rubber band ligation for the management of third-degree hemorrhoids (HubBL): a multicentre, open-label, randomised controlled trial*. The Lancet. [PMID: 27233860](#)
5. **Burch J., et al.** (2008). *Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids: a systematic review*. Health Technology Assessment. [PMID: 18331705](#)
6. **Joshi G.P., et al.** (2010). *Techniques for managing postoperative pain after hemorrhoidectomy*. Current Opinion in Anaesthesiology. [PMID: 20644415](#)

7. · **Gallo G., et al.** (2020). *Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease*. Techniques in Coloproctology. [PMID: 32036511](#)
8. · **Moesgaard F., et al.** (1982). *High-fiber diet reduces the recurrence of hemorrhoids: a randomized trial*. Diseases of the [Colon](#) & Rectum. [PMID: 6754359](#)
9. · **Sjödahl R., et al.** (2015). *Postoperative pain and quality of life after hemorrhoidectomy*. International Journal of Colorectal Disease. [PMID: 25433653](#)