

Malattia emorroidaria

Le emorroidi sono “cuscinetti” muscolo vascolari, costituiti quindi da mucosa, sottomucosa e tessuto vascolare che fanno parte, solitamente in numero di tre, della normale anatomia della parete del canale anale. Il caratteristico sanguinamento di colore rosso vivo è riprova del fatto che la componente vascolare dell'emorroide è priva di muscolatura propria, ed è dunque di natura sinusoidale e non venosa.

Per malattia emorroidaria si intende la sindrome che consegue al deterioramento della normale situazione anatomica descritta.

E' la patologia ano-rettale benigna più frequentemente diagnosticata.

I fattori eziologici non sono del tutto chiari. Tra le varie ipotesi patogenetiche ricordiamo: la teoria dell'ipertensione venosa-varicosità venosa, la teoria dell'iperplasia venosa, la teoria dello slittamento anale. Sono ritenuti fattori favorenti tutte le condizioni che determinano un aumento delle pressioni endopelviche, quali stipsi, sforzo defecatorio, gravidanza e soprattutto il periodo del parto, presenza di masse endopelviche. Familiarità dimostrata in circa la metà dei pazienti. M>F.

E' una malattia con tendenza evolutiva con progressivo peggioramento della situazione anatomica delle strutture coinvolte, e cioè il cuscinetto emorroidario interno (le emorroidi interne), situato nel canale anale, ed il plesso muscolo-vascolare esterno (le emorroidi esterne), presente alla giunzione muco-cutanea dell'ano.

La possibile evoluzione della componente emorroidaria interna (*emorroidi interne*) prevede: una iniziale congestione ed ipertrofia del cuscinetto stesso (talvolta a prevalente componente mucosa o talvolta a componente vascolare); tale situazione porta al progressivo crollo del cuscinetto con conseguente prollasso e dislocamento in basso della mucosa retto-anale. Le emorroidi interne sono situate prossimalmente alla linea dentata e possono essere suddivisi in 4 successivi gradi evolutivi:

1. le emorroidi restano all'interno del canale anale;
2. le emorroidi prollassano dall'ano a seguito dello sforzo defecatorio, ma al termine di questo si riposizionano spontaneamente;
3. le emorroidi prollassano e devono essere riportate manualmente all'interno;
4. le emorroidi sono stabilmente prollassate all'esterno e non possono essere ridotte nel canale anale.

Anche il plesso esterno può tumefarsi per congestione propria, ma più frequentemente come conseguenza della discesa della mucosa del canale anale con ingorgo del plesso emorroidario esterno (*emorroidi esterne*) e conseguente tumefazione o dilatazione del plesso venoso cui possono far seguito: episodi acuti con edema e trombosi scatenato da un ostacolo al ritorno venoso; cronicizzazione con il residuo di escrescenze muco-cutanee ridondanti e flaccide, particolarmente dolorose, dette marische. Le emorroidi esterne sono situate nella parte più distale del canale anale, alla giunzione muco-cutanea.

Sintomatologia. Il sintomo più frequente è la proctorragia con emissione di sangue rosso vivo nella tazza del water, spesso in quantità abbondante, tipicamente al momento della defecazione, dopo il passaggio delle feci. L'emorragia si arresta spontaneamente in breve tempo. Altri sintomi sono sensazione di fastidio o di peso anale, perdita di muco (“ano umido”), prurito, lesioni da trattamento.

I pazienti lamentano inoltre disturbi funzionali oltre ai sopra menzionati disturbi organici. I disturbi funzionali sono: senso di incompleta evacuazione, stimolo ad evacuazioni ripetute, ma con scarsa quantità di feci.

Le emorroidi di per sé non provocano di dolore se non quando complicate da edema e trombosi. Queste ultime situazioni infatti si verificano a carico delle emorroidi esterne in quanto sono innervate riccamente da terminali nocicettivi.

Diagnosi. Si avvale dell'esame obiettivo ano-rettale completo; la proctoscopia, almeno del sigma e del retto, aiuta ad escludere una patologia infiammatoria o neoplastica in pz che lamentino sanguinamento o presenti segni laboratoristici di anemia.

Terapia. Le emorroidi sintomatiche di I grado vengono trattate con regime igienico-dietetico (dieta ricca in fibre per migliorare il quadro di stipsi o sforzo, evitare alcool e spezie che accentuano la sintomatologia). In caso di frequente emorragia è indicata la legatura elastica o fotocoagulazione o iniezioni sclerosanti (fino a grado II). Per le emorroidi di grado III e IV è indicata la terapia chirurgica con emorroidectomia o emorroidopessi (riposizionamento anatomico).

Ragade anale

E' una soluzione di continuo dell'epitelio squamoso del canale anale, di forma ovalare, ad asse maggiore cranio-caudale, situata poco al di sopra della giunzione muco-cutanea. Nella maggior parte dei casi la sede della ragade è la linea mediana posteriore.

Maggiore frequenza in III-IV decade. M=F.

Eziologia. Distinguiamo forme primitive associate a stipsi e alle condizioni che determinano un ipertono anale (ridotto apporto ematico alla mucosa favorisce la cronicizzazione). Forme secondarie a processi quali: interventi chirurgici, proctiti ulcerose, m. di Chron.

Clinica. Distinguiamo una forma acuta paucisintomatica caratterizzata da una semplice continuità dell'epitelio. Una forma cronica, in cui la ragade è più profonda fino a raggiungere lo sfintere con margini fibrosi e sottominati.

Sintomatologia. Dolore intenso alla defecazione che si attenua subito dopo e permane per diverse ore. Il pz tende a procrastinare l'evacuazione. Presenza di sangue post-evacuativo rosso vivo di scarsa entità. Altri sintomi sono tenesmo, prurito e perdite anali per secrezioni di serio.

Diagnosi. Esame proctologico eseguito con molta delicatezza. La ricerca della ragade è facilitata dall'eventuale presenza di una plica muco-cutanea esuberante, detta appunto "emorroide sentinella". Confermata con l'ispezione la presenza della ragade, effettuare l'esplorazione digitale per evidenziare uno stato di ipertono.

Esami strumentali sono: anoscopia e rettosigmoidoscopia per valutare le caratteristiche anatomo-patologiche e le patologie eventualmente associate; manometria per valutazione dell'ipertono sfinteriale.

D.D. per i sintomi con criptite, ascesso, nevralgia; per contrattura con stenosi congenita e secondaria; per sanguinamento con emorroidi e neoplasie; per le ulcerazioni con traumi, trattamento, m. di Chron, proctite ulcerata e Tbc.

Terapia. Nella forma acuta si effettua un trattamento conservativo. Nella forma cronica chirurgia. La terapia medica prevede l'eliminazione di lassativi, fumo, assunzione di integratori. Alimentari ad attività idradante fecale. Semicupi tiepidi. Pomate antinfiammatorie analgesiche, anestetici locali. Il trattamento chirurgico prevede: rivulsione (alta incidenza di incontinenza); sfinterotomia con sezione dello sfintere anale interno, praticata nella parte laterale sinistra dello sfintere. Può essere praticata sia con metodo aperto che chiuso, sia in anestesia generale che loco-regionale o locale.

Fistola anale

La fistola è un tragitto neocostituito ed epitelizzato che mette in comunicazione il canale anale con la cute perianale.

Nella maggior parte dei casi rappresenta l'evoluzione cronica di un ascesso anale¹.

Di una fistola si riconosce un *orifizio interno* generalmente localizzato sulla linea dentata in corrispondenza dello sbocco della ghiandola interessata al processo flogistico; uno o più *tragitti fistolosi* ed uno o più *orifizi esterni*.

In base ai rapporti con l'apparato sfinteriale si distinguono 4 principali tipi di fistola anale:

- intersfinterica (70%): se si fa strada tra lo sfintere interno e quello esterno e si apre nella cute in prossimità del margine anale;
- transfinterica (25%): se attraversa lo sfintere esterno;
- soprasfinterica (<5%): quando il processo flogistico percorre lo spazio intersfinterico in senso craniale e, dopo aver scavalcato la parte compatta dello sfintere esterno, ovvero il m. pubo rettale, si dirige verso la cute;
- extrasfinterica (<2%): quando l'orifizio interno si trova nel retto ed il tragitto fistoloso attraversa il m. elevatore dell'ano e la fossa ischio-rettale senza rapporti con gli sfinteri anali e quindi questa non è di origine criptoghiandolare ma secondaria a lesioni del retto e a patologia infiammatoria o neoplastica del retto.

Spesso la fistola è complessa, con tragitti multipli e recessi a fondo cieco. Tipica nella varietà transfinterica è la presenza di due tragitti fistolosi che si dirigono ad entrambi i lati, abbracciando il canale anale con formazione a ferro di cavallo.

L'orifizio esterno è quasi sempre visibile, la cui spremitura provoca spesso la fuoriuscita di pus e materiale sieroematico. Nelle fistole più superficiali il tragitto fistoloso può essere palpato come un cordone fibroso diretto verso l'ano.

L'ecografia anale permette di effettuare una corretta diagnosi topografica.

Terapia. La chirurgia prevede la fistulotomia o messa a piatto, ovvero l'apertura del canale fistoloso che viene lasciato guarire per seconda intenzione. Complicanza principale è l'incontinenza minore.

Sinus pilonidalis

È un processo infiammatorio cronico caratterizzato dalla presenza di una cavità, unica o multipla, contenente peli e detriti cellulari, che generalmente si ramifica nel sottocutaneo determinando la comparsa di ascessi e tragitti fistolosi. La sede tipica è la regione sacrale. Sono presenti uno o più orifizi la cui cute si invagina a rivestirne lo sbocco, infarcito spesso da un ciuffo di peli.

Tipica nella II e III decade di vita. Fattori anatomo-costituzionali predisponenti sono l'ipertricosi, ipersecrezione sebacea, maggiore profondità del solco intergluteo. Il sinus può decorrere in maniera asintomatica per tutta la vita o manifestarsi con senso di fastidio in regione sacrale, associato ad episodi ricorrenti di secrezione siero-ematiche di modesta entità oppure, più frequentemente, il processo va incontro ad ascessualizzazione acuta per ostruzione degli orifizi fistolosi con tumefazione tesa e vivamente dolente.

¹ Ascesso anale: ostruzione di uno dei dotti ghiandolari che sboccano a livello della linea dentata con conseguente infezione della sua ghiandola (ascesso criptoghiandolare). L'ascesso è lo stato acuto dell'infezione mentre la fistola ne rappresenta la cronicizzazione.

La diagnosi è clinica, e patognomonica è la presenza di ciuffi di peli fuoriusciti dagli orifizi. E' sempre importante escludere la presenza di ascessi o fistole anali.

Terapia. In fase acuta incisione e drenaggio che risolve la sintomatologia. Nelle forme croniche il trattamento più appropriato è l'escissione chirurgica con asportazione completa. La terapia chirurgica non è scevra da guarigione incompleta e recidive.