

LA DIAGNOSTICA PROCTOLOGICA IN MEDICINA GENERALE

Decision making

CARMELO COTTONE, GIUSEPPE DISCLAFANI
Medici di Medicina Generale, SIMG Palermo

La patologia anorettale è molto frequente nella realtà clinica ed è quindi indispensabile per il Medico Generale (MG) essere in grado di gestirla in maniera appropriata. In particolare, egli deve essere in grado di diagnosticare e trattare le patologie di propria competenza, escludendo un'eventuale neoplasia retto-colica; deve inoltre essere in grado di diagnosticare e inviare al coloproctologo la patologia di interesse specialistico, supportando il paziente con un adeguato *counselling* sulla stessa e sulle tecniche diagnostiche e terapeutiche necessarie al trattamento.

Tutto ciò presuppone alcune competenze specifiche del MG: saper condurre un'anamnesi adeguata ad evidenziare tutti gli elementi utili ad orientare la diagnosi, saper condurre oltre ad un esame obiettivo addominale, un'ispezione dell'area anale e perineale, un'esplorazione rettale, meglio se integrata dall'anoscopia, conoscere le patologie anorettali non trattabili nel settore delle cure primarie e che richiedono una valutazione proctologica, saper fornire un adeguato *counselling* al paziente sulla natura dei suoi disturbi, sulle modifiche necessarie al proprio stile di vita, sui vantaggi e i limiti delle tecniche adatte a risolvere tale patologia.

DIMENSIONI DEL PROBLEMA

L'incidenza del sanguinamento anorettale nella popolazione, secondo una recente revisione della letteratura nella popolazione generale è circa del 20% l'anno, mentre la richiesta di consulenza al Medico di Medicina Generale (MMG) per tale problema è del 6/1000 l'anno e allo specialista del 7/10.000 l'anno¹.

Le emorroidi hanno in letteratura valori di prevalenza estremamente vari, dal 4,4%² al 36%³, essendo influenzati dall'ambiente di rilevamento, specialistico o delle cure primarie. Longo⁴ stima in Italia un'incidenza del 2% (1.000.000/anno). Le statistiche americane dal 1983-87 dimostrano un'incidenza dello 0,4% e una prevalenza del 4,1% (*digestive diseases statistics NIDDK*).

La stipsi nelle stesse statistiche ha una prevalenza dell'1,8% ed è il motivo di circa 2.000.000 di visite mediche l'anno.

Se si pensa che altri sintomi anorettali (prurito, dolore e tumefazioni anali) sono altrettanto frequenti, si può intuire sia l'elevato impatto sociale del problema sia la rilevanza del compito del MMG.

Il nemico che si nasconde dietro la patologia anorettale è, infatti, il cancro del colon-retto, che nel 85-90% si mani-

fa in soggetti senza fattori di rischio conosciuti, l'unico vero discriminante è l'età, infatti il 99% dei casi si verifica al di sopra dei 40 anni e l'85% al di sopra dei 60. Il disturbo ano-rettale perciò può essere sfruttato per fare "medicina d'iniziativa", nei soggetti a rischio per età e per familiarità e quindi per richiedere un esame coloscopico, che non sarà un esame di *screening* ma un vero esame diagnostico.

Il MMG deve perciò nella sua pratica:

1. favorire l'emersione del sintomo;
2. richiedere gli esami appropriati per la diagnostica differenziale;
3. trattare direttamente le patologie di sua competenza;
4. selezionare i pazienti da indirizzare allo specialista adatto per l'inquadramento e la cura della patologia diagnosticata o sospettata.

L'imbarazzo e la paura del cancro del paziente, la fretta o il disagio del medico nel rapporto con il paziente spesso inducono il MMG ad una diagnosi approssimativa che prescinde da un accurato esame obiettivo e che si traduce in una cura standard spesso inefficace. Frequentemente quindi il paziente si rivolge direttamente allo specialista ma fatica ad orientarsi vittima di un'informazione scarsa e a volte ingannevole.

Secondo Pfenniger^{5,6} che ha curato una revisione delle linee di *management* della patologia anorettale in Medicina Generale per l'*American Association of Family Physician*, il MMG gioca un ruolo fondamentale nella rapida esclusione della patologia neoplastica e nel *management* appropriato delle altre patologie anorettali.

Ogni paziente con sintomi anorettali deve avere dal proprio medico di famiglia una prima valutazione sulla base di un'esplorazione rettale e possibilmente di un'anoscopia, avendo ben presente che il 90% delle patologie possono essere trattate al primo livello di cura. La conoscenza delle patologie anorettali di competenza specialistica permette, inoltre, al MMG di informare e consigliare adeguatamente il paziente.

LA VISITA PROCTOLOGICA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

Per l'esecuzione di una corretta visita proctologica in un ambulatorio di Medicina Generale, non occorrono attrezzature particolari, occorrono infatti un comune lettino da visita, una lampada a braccio snodabile, mentre un paravento è utile per consentire al paziente di spogliarsi e ri-



Figura 1
Anuscopi monouso (a) con ottica inserita nel manico e anuscopio tipo Ives rotante (b).

vestirsi senza imbarazzo. Lo strumentario minimo necessario è costituito da guanti in lattice monouso, gel lubrificante idrosolubile, garze anche non sterili. Per completare la visita è necessario un anoscopio. Numerosi sono i tipi di anoscopio disponibili. I migliori sono quelli metallici con ampia fenestrazione laterale, tipo Ives (Fig. 1), specie nella variante rotante con fonte luminosa incorporata nel manico che consente di esplorare l'intera circonferenza del canale anale senza estrarre e reintrodurre lo strumento. Ma sicuramente il costo ne limita l'impiego nello studio di Medicina Generale, dove a nostro avviso sono sufficienti gli anoscopi in plastica monouso (Fig. 1), cilindro-conici con estremità tagliata a becco di flauto, di basso costo, e che possono essere usati sfruttando l'illuminazione esterna della lampada o mediante un sistema ottico che può essere collegato all'anoscopio con una semplice manovra di rotazione e che consente di illuminare meglio il canale e di insufflare per distendere le pareti.

La posizione da fare assumere al paziente è quella di Sims che è più comoda e meno imbarazzante rispetto a quella genu-pectorale o ginecologica che possono, però essere egualmente usate. Nella posizione di Sims il paziente è posto in decubito laterale-sinistro con le natiche che sporgono appena dal bordo del lettino, con il tronco posto obliquamente, con le gambe flesse rispetto al tronco, la destra un po' più della sinistra. Questa posizione consente di ottenere un'ottima esposizione della zona anale e perianale, senza costringere il paziente in posizioni scomode, e se si ha inoltre l'accortezza di coprire con un telo gambe e cosce, se ne può minimizzare il disagio psicologico e rispettarne la dignità. Altro grande vantaggio è quello che non richiede l'uso di particolari attrezzature o accessori costosi o difficili da reperire. È esclusivamente necessaria una lampada a braccio per ottenere un'indispensabile illuminazione del perineo.

TECNICA DELL'ESPLORAZIONE DIGITO-ANO-RETTALE (EDAR)

Dopo aver indossato i guanti monouso si può dare inizio alle manovre di ispezione e palpazione. Un ottima visione della zona perineale è consentita dalla divaricazione dei glutei che permette di ispezionare la regione sacro-coccigea, anale e perianale, la vulva o la base dello scroto. Si possono così evidenziare eventuali dermatiti, lesioni da grattamento, cicatrici, prolapsi emorroidari, ragadi, fistole, ascessi, condilomi, seni pilonidali. Alla divaricazione dei glutei può col-

laborare il paziente sollevando la natica destra con la propria mano destra. Egli stesso può inoltre, spingendo come per defecare, evidenziare la presenza di prolapsi e ragadi. Con la palpazione si ricercano zone indurite, dolenti, e si possono far fuoriuscire eventuali secrezioni da tramiti fistolosi. La punta del dito indice viene quindi abbondantemente lubrificata, e con essa si massaggia l'orificio anale in modo da apporvi del lubrificante e da far rilassare lo sfintere. Si invita quindi il paziente a spingere come se dovesse defecare, in modo da determinare un'apertura indolore del canale, che consente un'introduzione indolore. Se lo sfintere dovesse contrarsi, occorre fermarsi nell'introduzione finché il muscolo non si rilasci, esercitando una leggera e costante pressione e invitando il paziente a rilassarsi; non bisogna mai tentare di forzare lo spasmo perché si crea dolore che lo fa aumentare e fa perdere il rapporto di fiducia del paziente che comincia a temere tutte le successive manovre dell'operatore.

Il dito va introdotto completamente così da potere esplorare sino a circa 7,5 cm e quindi va fatto ruotare per 360 gradi per valutare lo stato delle pareti e la presenza di eventuali tumefazioni. Nell'uomo va palpata la prostata e nella donna il collo dell'utero.

Una volta estratto il dito va controllato per valutare la presenza di sangue, muco e/o pus.

TECNICA DELL'ANUSCOPIA

L'anoscopio con inserito l'introduttore, viene abbondantemente lubrificato e quindi la sua punta viene poggiata sull'orificio anale. Esercitando la delicata pressione lungo l'asse del canale anale, nella direzione ano-ombelico, gli sfinteri si rilassano consentendo la progressione dello strumento. Superato il canale si orienta l'anoscopio verso la concavità sacrale e si spinge sino ad introdurlo completamente. A questo punto si estrae l'introduttore e si può inserire il sistema ottico.

Si esplora per prima la mucosa rettale che è solitamente rosa chiaro con reticolo vasale evidente. Ritirando lentamente lo strumento, la mucosa si chiude all'ingresso del canale anale, dove va valutato lo stato di emorroidi, valvole, papille e cripte anali.

Il sistema ottico non è indispensabile, visto che una buona visione si ottiene anche mediante l'opportuna illuminazione esterna e che l'esplorazione del canale anale può essere completata senza insufflazione.

VALUTAZIONE COSTO BENEFICIO DELLA VISITA PROCTOLOGICA + ANUSCOPIA IN MEDICINA GENERALE

L'esecuzione di una visita proctologica completata da anoscopia negli ambulatori di Medicina Generale è sicuramente un obiettivo di qualità che, facendo riappropriare il MMG di competenze oggi diventate quasi esclusive della specialistica, lo gratifica dal punto di vista professionale. C'è, però, da chiedersi se rappresenta anche un vantaggio per il sistema sanitario da un punto di vista economico di costo utilità. Lewis et al.⁷ in un attento lavoro d'analisi costo-efficacia sulle strategie diagnostiche di fronte ad un sanguina-

mento rettale, concludono che nei soggetti inferiori a 35 anni la strategia che prevede un'anoscopia seguita da un'eventuale sigmoidoscopia (se la prima non ha dimostrato patologie) è migliore di quella che prevede la colonscopia. Se questo dato dà valore all'uso dell'anoscopia nella diagnostica dell'emorragie rettali, a maggior ragione la promuove nel campo più vasto della diagnostica dei disturbi ano-rettali, anche se va energicamente sottolineato che per i pazienti che abbiano anche dei fattori di rischio (età > 45 aa, sanguinamento ed età > 35 aa, familiarità per Ca, anemia) l'esplorazione endoscopica completa del colon è obbligatoria. Di fronte ad un paziente che riferisce disturbi ano-rettali, un MMG può teoricamente assumere quattro tipi di comportamento, rassicurazione e terapia empirica, esecuzione di visita proctologica con anoscopia, invio a specialista, richiesta di colonscopia, che verranno qui di seguito analizzati. La non valutazione immediata con rassicurazione ed eventuale terapia empirica, è un comportamento censurabile anche se seguito da un ricontrollo a breve del paziente. Né può servire a giustificarlo l'idea che possa essere utile nel far accettare meglio una visita che non è sicuramente gradevole e nel far superare al medico un certo disagio comportamentale e situazionale.

Il trascorrere del tempo, se da una parte può far risolvere spontaneamente la sintomatologia e ridurre quindi il carico d'esami successivi, dall'altra può far non indagare un certo numero di pazienti che potrebbero avere patologie severe, specie nei pazienti più a rischio per età od altro. Nell'analisi di Lewis questa strategia nell'emorragia, infatti, è quella che ha la peggiore aspettativa di vita.

L'esecuzione immediata di una colonscopia è strategia costo-efficace nei soggetti con sanguinamento rettale dai 35 anni in su⁷, soprattutto per la possibile identificazione di patologie neoplastiche o preneoplastiche, mentre non lo è più nei soggetti al di sotto, che peraltro sono più numerosi, visto che la prevalenza tra i 20 e i 40 anni è del 18,9% contro il 11,3% degli ultra 40enni⁹. Inoltre se la colonscopia non è integrata da una visita proctologica può non far diagnosticare patologie anorettali minori.

Il vero confronto è quindi tra la strategia con visita proctologica con anoscopia eseguita dal MMG e quella con invio immediato allo specialista proctologo, chirurgo o gastroenterologo.

Per poterle confrontare si deve preliminarmente essere sufficientemente sicuri che visita ed anoscopia effettuate da MMG e da specialisti siano paragonabili come sensibilità e specificità.

A questo riguardo un recente lavoro di Vellacott¹⁰, dimostra che i risultati di sigmoidoscopie flessibili eseguite da G.P. e da chirurghi sono sovrapponibili con un risparmio di spesa per quelle eseguite nelle cure primarie. Se questi sono i dati riferiti ad una metodica più complessa con un apprendimento più difficile, è facile estenderli all'anoscopia; si può quindi ritenere che la visita proctologica con anoscopia eseguita da un MMG adeguatamente formato dia informazioni diagnostiche sovrapponibili a quelle ottenibili dallo specialista.

Se, come afferma Pfenninger^{5,6}, il 90% delle patologie ano-rettali sono diagnosticabili e trattabili nell'ambito delle cure

primarie, la semplice esecuzione di una visita proctologica completa ridurrebbe in modo drastico il ricorso allo specialista.

Effetto immediato di questa situazione sarebbe un risparmio di spesa e un migliore impiego delle risorse, riducendosi così gli accessi impropri alle strutture sanitarie di II livello, le liste d'attesa per le visite specialistiche e gli esami strumentali.

A questi benefici va aggiunto quello di una migliore *compliance* e una maggiore soddisfazione del paziente che vivrebbe il suo iter diagnostico e il suo eventuale trattamento con minore ansia, potendo contare sul continuo sostegno del proprio medico di fiducia che avrebbe sempre un ruolo attivo.

Se per il sistema sanitario, la strategia che prevede la visita e l'anoscopia è quella più conveniente, quali sono i costi aggiuntivi per il medico?

Una corretta visita proctologica può essere eseguita in circa 8 minuti, non determinando quindi un eccessivo impiego di tempo.

Riguardo alle attrezzature, il costo del singolo anoscopio di plastica monouso è di circa 1-2 euro, cui va aggiunto quello del manico e del sistema ottico che è di 400 euro: l'esecuzione di 1 anoscopia ha, quindi, un costo di circa 402 euro, mentre l'esecuzione di 10 riduce il costo a 42 euro/esame e quella di 20 lo porta a soli 22 euro. I costi sarebbero quindi affrontabili, considerando che solo per i sanguinamenti anorettali la previsione di visite annuali è di 6/1.000 pazienti, se questi non ricadessero esclusivamente sul medico non supportato dal SSN.

Tali risultati sarebbero ulteriormente ottimizzati se eseguiti da medici strutturati in gruppo in modo da sfruttare al meglio sia le competenze specifiche degli stessi, sia le strutture e le attrezzature, come del resto è dimostrato da Vellacott per la sigmoidoscopia flessibile.

Un'ultima ma importante precisazione va fatta prima di concludere l'argomento: la presenza anche di uno solo dei fattori di rischio, obbliga il medico a richiedere la colonscopia, qualunque sia il risultato della visita e dell'anoscopia.

Bibliografia

- Fijten GH, Blijham GH, Knottnerus JA. Occurrence and clinical significance of overt blood loss per rectum in the general population and in medical practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:320-5.
- Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiological study. *Gastroenterology* 1990;98:380-6.
- Gazet JC, Redding W, Ricken JW. The prevalence of haemorrhoids. *Proc R Soc Med* 1970;63:78-80.
- Longo A. Malattia emorroidaria: evoluzione della terapia chirurgica: risultati di un sondaggio in Medicina Generale. *MD-Medicinae Doctor* 2000;23(Suppl).
- Pfenninger JL, Zainea GG. Common Anorectal Conditions: Part I. Symptoms and Complaints. *Am Fam Physician* 2001;63:2391-8.
- Pfenninger JL, Zainea GG. Common Anorectal Conditions: Part II. Lesions. *Am Fam Physician* 2001;64:77-88.
- Lewis JD, Brown A, Russell Localio A, Sanford Schwartz J. Initial Evaluation of rectal bleeding in young persons: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2002;136:99-110.
- Fijten GH, Muris JW, Starmans R, Knottnerus JA, Blijham GH, Krebber TF. The incidence and outcome of rectal bleeding in general practice. *Fam Pract* 1993;10:283-7.
- Talley NJ, Jones M. Self-reported rectal bleeding in a United States community: prevalence, risk factors, and health care seeking. *Am J Gastroenterol* 1998;93:2179-83.
- Vellacott KD, Clarke D, Beech C, Joshi H. Flexible sigmoidoscopy in general practice. *Colorectal Disease* 2002;4:123-6.