

La patologia anorettale non neoplastica al primo livello di cura. Parte 1: la malattia emorroidaria

Alberto Bozzani

Area *SIMG* Gastroenterologia

Premessa

I disturbi anorettali emergono, diventando un bisogno sanitario, normalmente al primo livello di cura nel setting della medicina generale; con l'eccezione forse dei cittadini dei grandi centri urbani con livello economico e culturale medio alto che spesso si rivolgono direttamente e privatamente al proctologo, oppure dei pazienti con sintomi molto lievi e saltuari che si rivolgono alla farmacia o parafarmacia facendo uso di OTC.

I disturbi anorettali sono in ordine di prevalenza: una sensazione di disagio per una *massa* comparsa in sede anale (in genere un prolasso mucoemorroidario), il *sanguinamento* anorettale, il *dolore-fastidio* (anche prurito a volte) anorettale e infine la secrezione o perdita di materiale mucoso, fecale o purulento.

I motivi che portano l'assistito a consultare il proprio medico di medicina generale sono in primis la preoccupazione per una patologia grave, secondariamente il dolore anorettale acuto insopportabile e infine l'emersione occasionale del sintomo durante un consulto per altri motivi.

I motivi invece che determinano una mancata consultazione sono il pregiudizio che la patologia non sia grave, la fugacità dei sintomi, magari attribuiti a occasionale assunzione di alimenti o bevande che vengono ritenute responsabili, e infine imbarazzo o eccessiva preoccupazione.

Alla fine la causa di questa sintomatologia è prevalentemente benigna e autorisolvibile; certamente la più frequente in assoluto è la patologia emorroidaria (46%), ma occorre ricordare che le altre possibili cause dei sintomi, in primis del sanguinamento anorettale, ma anche del dolore, della massa e della secrezione sono numerosissime e nel loro insieme addirittura anche più frequenti della patologia emorroidaria. Di queste il 6,5% rappresentano una patologia neoplastica benigna o maligna: una prevalenza per quanto bassa che non va ovviamente ignorata quando il sintomo è riportato al medico.

Quando il paziente decide di fidarsi del proprio medico di medicina generale (MMG) e di confidargli i sintomi che lo preoccupano egli si aspetta giustamente che il proprio medico non affronti in

maniera semplicistica e sbrigativa il problema con una terapia topica o per via orale che avrebbe potuto ottenere anche direttamente in farmacia, ma che si impegni in una diagnosi differenziale che lo possa tranquillizzare e lo curi direttamente nella maniera più appropriata oppure lo indirizzi al proctologo o allo specialista opportuno qualora la patologia lo renda necessario.

Il MMG deve perciò nella sua pratica favorire l'emersione del sintomo, richiedere gli esami appropriati per la diagnostica differenziale, trattare direttamente le patologie di sua competenza,

Tabella I.

Patologia anorettale con sintomi simili alla patologia emorroidaria.

- Anite
- Ascesso anale
- Candidosi anale e perineale
- Cancro anorettale
- Cisti coccigea o fistola pilonidale
- Cisti sebacee
- Conditomi acuminati anali
- Diverticoli sanguinanti
- Epitelioma perianale
- Fistola anale
- Foruncolo perianale
- Herpes simplex anale
- Intertrigine
- Lichen scleroatrofico perianale
- Linfogranuloma venereo
- Morbo di Bowen
- Morbo di Crohn con localizzazione anale
- Morbo di Paget
- Polipo anorettale
- Proctite
- Prolasso mucoso o anorettale completo
- Psoriasi
- Ragade anale
- Rettocolite ulcerosa
- Sifilide
- Ulcera solitaria del retto

selezionare i pazienti da indirizzare allo specialista adatto per l'inquadramento e la cura della patologia diagnosticata o sospettata. La colonscopia immediata in caso di sanguinamento rosso vivo non è costo beneficio sotto i 35 anni e con riserva tra i 35 e 45, mentre lo è certamente sopra i 45 anni (Lewis 2002).

Pfenninger, che ha curato una revisione delle linee di management della patologia anorettale in Medicina Generale per l'*American Association of Family Physician* (AAFP), afferma che il MMG al primo livello di cure negli USA gioca un ruolo fondamentale nella rapida esclusione della patologia neoplastica e nel diretto trattamento nell'*office setting* almeno nel 90 % dei casi che sarebbero di sua competenza mediante un intervento più attivo, sia per il versante diagnostico che terapeutico, avvalendosi di una anamnesi approfondita, una ispezione accurata e un esame obiettivo anche tramite esplorazione digitale e l'uso di strumenti diagnostici ambulatoriali di primo livello, in primis l'anoscopio. Anche la pratica ambulatoriale della rettosigmoidoscopia con il flessibile è praticata negli USA a livello delle cure primarie anche se non così diffusamente come le tecniche precedenti.

Per poterlo fare il MMG in Italia dovrebbe sapere e potere eseguire almeno ispezione, palpazione della zona perianale, una esplorazione anorettale e possibilmente una anoscopia ed essere formato a questo. In realtà non è poi così scontato, se è vero che anche in alcuni paesi europei ritenuti avanzati la patologia anorettale viene considerata tout court competenza del secondo livello di cura e nel nostro paese questa competenza al primo livello non è così diffusa a causa sia del forte carico di lavoro, dei costi, anche se minimi, della attrezzatura, dell'imbarazzo all'interno del rapporto medico di fiducia-assistito, e infine della resistenza ad assumersi responsabilità non richieste in maniera obbligatoria. In Italia anche secondo l'opinione di alcuni dei più validi specialisti proctologi e delle Società Scientifiche della Proctologia e della Medicina Generale l'indagine proctologica al livello delle cure primarie, iniziando dall'anamnesi e passando per un più accurato esame obiettivo, potrebbe rappresentare un momento essenziale nella diagnosi prima di una diagnostica specialistica più complessa.

La patologia emorroidaria nel setting delle cure primarie

La patologia emorroidaria non è una patologia recente, ma fin dall'inizio della civiltà è causa di sofferenza per l'uomo e viene descritta e curata. La ritroviamo citata nel codice di Hammurabi a Babilonia del 2500 a.C. e nei papiri egizi del 1700 a.C. Nell'Antico Testamento la crisi emorroidaria viene più volte descritta nel Libro di Samuele come la punizione scelta da Dio per punire le città che a Lui si ribellavano, ed è descritta come una disgrazia seconda solo alla morte.

Sono i greci a dare il nome alla patologia, dal greco *haîm* = sangue e *rhoos* = flusso, a sottolineare il sintomo che le caratterizza; Ippocrate nel 400 a.C. la curava con una terapia conservativa a base di crema di grasso d'oca con aggiunta di tamarisco, argento calcinato, noce di galla e lino o una terapia chirurgica median-

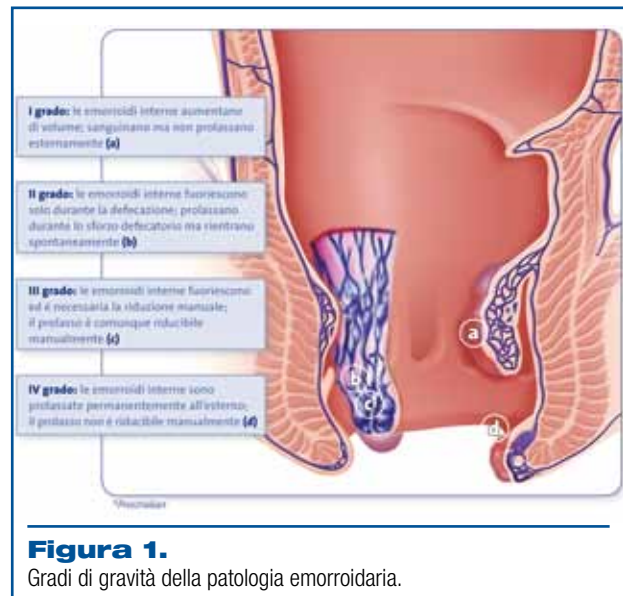


Figura 1.
Gradi di gravità della patologia emorroidaria.

te cauterizzazione con un ferro rovente; ma i suoi colleghi contemporanei praticavano anche in alternativa la dilatazione anale forzata. Galeno usava le sanguisughe e tale rimedio attraverso il Medioevo è resistito fino al secolo scorso.

Anche ai giorni nostri la patologia emorroidaria risulta sempre molto frequente e disturbante, ma in realtà non vi sono molti studi validi sulla reale prevalenza della malattia e neanche sulla valutazione della Qualità della Vita (QdV) nella patologia emorroidaria. La causa potrebbe essere legata al fatto di considerare la patologia emorroidaria una patologia chirurgica "minore" e quindi banale, non grave; ma certamente in parte ciò è dovuto anche al fatto che, essendo essa una patologia caratterizzata da diversi stadi di gravità, alcuni dei quali (I e II) quasi "fisiologici" e comunque compatibili con una esistenza pressoché normale, e da complicanze (sanguinamento, prolasso e trombosi) in genere acute, temporanee e reversibili, è uno stato morboso che si manifesta in maniera variabile e sfuggente, perciò difficile da valutare in maniera adeguata negli studi epidemiologici.

Ma la difficoltà nel valutare la reale prevalenza e incidenza della patologia emorroidaria è dovuta anche al fatto che l'inquadramento nosografico della sindrome in sé è complesso poiché si intreccia con le altre patologie concomitanti con cui si confonde o si sovrappone.

La maggioranza dei pazienti considera tutti i sintomi a localizzazione anale, sia emorragici che fastidiosi, come genericamente "emorroidari": questo comporta la stima poco realistica della prevalenza del disturbo emorroidario nell'86% della popolazione" (Nelson 1991; Haas et al. 1983).

E anche molti medici senza una competenza specifica proctologica rischiano di cadere in questa generalizzazione.

Che tale stima sia poco corretta si evidenzia da un altro studio epidemiologico condotto negli USA secondo il quale la reale prevalenza del disturbo sembra essere invece molto diversa e cioè

solo del 4,4% (Johanson 1990). Infine dati provenienti dalle cure primarie stimano a Londra una prevalenza del disturbo del 36,4% (Gazet et al. 1970). Come si vede i dati sono troppo contrastanti per darci l'idea esatta della prevalenza del disturbo.

Si può invece stimare una incidenza annua in Italia di nuovi casi di patologia emorroidaria presentata all'attenzione del medico di circa 1.000.000 di nuovi casi/anno (2% circa della popolazione). I pazienti con patologia emorroidaria hanno prevalentemente un'età di 40-60 anni (41%), mentre sono il 29% tra 20 e 40 e il 23% sopra i 60.

Il fenomeno ha comunque un evidente trend in diminuzione, probabilmente legato al miglioramento delle condizioni igienico-dietetiche e di lavoro.

Gli uomini ne soffrono più delle donne, ma la malattia in se è presente in maniera simile nei due sessi. La patologia emorroidaria è più frequente in coloro che svolgono attività pesanti o stanno a lungo seduti.

Fisiopatologia

Nei primi anni '70, Friedrich Stelzner, un chirurgo tedesco, ha descritto dettagliatamente i cosiddetti "corpi cavernosi" distali del retto, costituiti da plessi (o reti) venosi posti al di sotto della mucosa anale, con numerosi shunt artero-venosi e circondati da un notevole supporto di tessuto fibro-muscolare. Attualmente le emorroidi sono definite come uno specifico cuscinetto anatomico di tessuto spugnoso costituito da fibre muscolari lisce, fibre elastiche e tessuto connettivo, formato da arterie, vene, capillari del canale ano-rettale. Queste strutture entrano in gioco durante la defecazione, proteggendo il canale anale – in funzione di "ammortizzatori" – e partecipando, con lo sfintere anale, al meccanismo della continenza anale. La *malattia emorroidaria* è dovuta al dislocamento in sede distale del cuscinetto anale e al suo conseguente strozzamento e flogosi. L'anomalia fisiopatologica più costantemente dimostrata durante la patologia emorroidaria e quella di un riscontro di un costante aumento della pressione a riposo a livello dello sfintere anale interno.

La classica teoria vascolare che voleva la malattia emorroidaria come una tipica patologia flebitica con eventuale trombosi del plesso venoso emorroidario, magari a causa di sforzi fisici, stiramento e inginocchiamento della vena rettale superiore e media o abusi alimentari, è ritenuta superata.

Oggi si ritiene causa di questo disturbo essenzialmente il prollasso del cuscinetto che avviene nel contesto di un ipertono a riposo dello sfintere interno.

Una rilevanza crescente viene attribuita anche alla alterazione della matrice elastica del tessuto connettivo (ECM) per cause genetiche o secondarie (ischemiche o ormonali).

Spesso infatti la presenza di patologia emorroidaria si accompagna anche a prollassi urogenitali e ernie soprattutto in età più avanzata, oppure alle alterazioni ormonali secondarie a gravidanza.

La ridotta presenza di collagene nel tessuto connettivo di pazienti con patologia emorroidaria si traduce in una ridotta stabilità meccanica del tessuto perivascolare e del sistema di ancoraggio del tessuto connettivo.

La frammentazione del tessuto connettivo che sostiene i cuscinetti provoca la loro discesa nel canale anale. Questo è dovuto oltre che all'età, anche al passaggio di feci molto dure che provoca, durante lo sforzo, un aumento della pressione nel plesso venoso, una congestione vascolare con conseguente stasi venosa, prollasso, infiammazione e sanguinamento. Probabilmente le cause sono multifattoriali e intervengono fattori sia emodinamici sia meccanici. I fattori emodinamici consistono essenzialmente in una disfunzione dei passaggi di sangue tra arterie e vene (shunt artero-venoso), con aumento della stasi venosa, aumentata permeabilità dei piccoli vasi, con rottura dei capillari e infiammazione. I fattori meccanici sono determinati dallo sforzo defecatorio e dal traumaismo del passaggio della massa fecale: si ha dapprima uno scioglimento della mucosa con gli sforzi della defecazione, a lungo andare aumenta la lassità del supporto fibromuscolare ed elastico con cedimento del legamento sospensore di Treitz e prollasso permanente delle emorroidi interne che si accompagna allo sviluppo delle emorroidi prollassate all'esterno.

Classificazione

Esistono due circoli emorroidari, che determinano anche il tipo di emorroide:

- *plesso interno* (emorroidi interne), tributario della vena porta, localizzato nello spazio sottomucoso al di sopra delle valvole di Morgagni e rivestito da epitelio cilindrico semplice di tipo intestinale; questo plesso si dilata a seguito di un aumento della pressione addominale (detto manovra di Valsalva);
- *plesso esterno* (emorroidi esterne), sottocutaneo perianale, rivestito da cute e tributario, attraverso le vene pudenda, della vena cava inferiore.

La nuova classificazione P.A.T.E. è più completa e tiene in considerazione le complicanze eventuali, il tono sfinteriale, la localizzazione (Fig. 2).

Valutazione clinica

Si fa generalmente in posizione di Sims (decubito laterale sinistro), anche se in alcuni casi si può fare anche in posizione ginecologica.

Ha come scopo la valutazione del perineo, l'ispezione dell'ano e dell'area perianale. Permette di valutare le emorroidi di 3° e 4° grado e l'eventuale trombosi, esiti di sanguinamento e la patologia perianale non emorroidaria.

La palpazione verifica la consistenza, dolorabilità e fissità di eventuali lesioni rilevate all'ispezione e di eventuali infiltrati.

L'esplorazione è la manovra principale. Si fa con il guanto ricoperto di gel anestetico. Si fa spingere il paziente e si introduce il dito fino all'ampolla rettale. Si rinuncia alla manovra in caso di dolore eccessivo (per esempio in corso di trombosi emorroidaria).

Si valuta il canale anale e il contenuto rettale (escludendo ad esempio la presenza di un fecaloma che può mimare i sintomi emorroidali).

Grado	I	II	III	IV	
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lat. sn
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ant.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Post. dx
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Circonfer
A	<input type="checkbox"/>	A0: no eventi acuti			
	<input type="checkbox"/>	AE: edema			P <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	AT: trombosi			P <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
T	<input type="checkbox"/>	T ₋₁ : ipotono sfinteriale			
	<input type="checkbox"/>	T ₀ : normotono sfinteriale			
	<input type="checkbox"/>	T ₊₁ : ipertono sfinteriale			
E	<input type="checkbox"/>	E ₀ : assenza noduli			
	<input type="checkbox"/>	E ₁ : presenza di emorroidi			
	<input type="checkbox"/>	Lat. sn			
	<input type="checkbox"/>	Ant.			
	<input type="checkbox"/>	Post. dx			

P: emorroidi interne; A: eventi acuti; T: tono sfinteriale; E: emorroidi esterne.

Figura 2.
Nuova classificazione P.A.T.E.

In caso di malattia emorroidaria nel canale si può percepire una tumefazione sottomucosa, comprimibile, più o meno dolente. Le papille ipertrofiche si apprezzano come piccoli polipi.

Terapia medica

Solo meno del 20% delle volte la malattia emorroidaria ha una indicazione chirurgica. Sicuramente questa sussiste in caso di emorroidi prolapsate di 4° grado o di sanguinamenti ripetuti e abbondanti. In tutti gli altri casi sono sufficienti cambiamenti dello stile di vita e una minima terapia medica.

Le misure generali comprendono il calo ponderale, l'aumento dell'esercizio fisico, la riduzione degli sforzi defecatori, l'esposizione diretta a superfici calde (magari d'estate), l'aumento del consumo di liquidi e fibre, l'eliminazione di alimenti come spezie, insaccati, alcolici, caffè, cacao. E infine l'igiene intima con sostanze non irritanti che favoriscano un pH basso. I semicupi tiepidi attenuano l'ipertono dello sfintere con possibile beneficio. La regolazione dell'alvo va ottenuta con mezzi idonei, possibilmente però senza lassativi irritanti.

Le fibre esogene formanti massa possono essere prescritte e ne esistono molte in commercio.

Le eparine, tradizionali e a basso peso, sono sconsigliabili anche nella fase di trombosi acuta.

I preparati venotropi in commercio possono migliorare la attività vagotonica e ridurre flogosi ed edema. I dosaggi efficaci per i primi giorni sono abbastanza elevati. La letteratura favorevole però non raggiunge i livelli di evidenza sufficienti.

I preparati topici a base di lidocaina sono da utilizzare solo in limitatissimi casi e brevissimi periodi e non debbono essere utilizzati nel trattamento delle ragadi perché ne ritardano la guarigione.

I preparati topici a base di steroidi vanno utilizzati molto limitatamente nelle fase acuta e va esclusa la presenza concomitante di infezioni.

Nel trattamento sub acuto e cronico delle forme di patologia emorroidaria significativa ma senza indicazioni chirurgiche sono recentemente usciti sul mercato prodotti topici a base di acido ialuronico (HA) ad alta viscosità, che ha una alta capacità ristrutturante della matrice elastica extracellulare, del metil sulfonil metano (MSM) e dell'estratto oleoso di *Melaleuca alternifolia* (*Tea Tree Oil*, TTO) con importanti proprietà battericide. Ben tollerato può rappresentare uno strumento valido nel non vasto panorama dei prodotti topici non steroidei.

Bibliografia di riferimento

Bleday R, Pena JP, Rothenberger DA, et al. *Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy*. Dis Colon Rectum 1992;35:477-81.

Burkitt DP, Graham-Stewart CW. *Haemorrhoids--postulated pathogenesis and proposed prevention*. Postgrad Med J 1975;51:631-6.

Gizzi G, Villani V. *Le emorroidi e la malattia emorroidaria*. In: Gizzi G, a cura di. *Argomenti di proctologia*. Minerva Medica 1993, pp. 35-64.

Haas PA, Haas GP, Schmaltz S, et al. *The prevalence of hemorrhoids*. Dis Colon Rectum 1983;26:435-9.

Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, et al. *History of visible rectal bleeding in primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up*. JAMA 1997;277:44-8.

Hyams L, Philpot J. *An epidemiological investigation of haemorrhoids*. Am J Proctology 1970;21:177-93.

Johanson JF, Sonnemberg A. *The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study*. Gastroenterology 1990;98:380-6.

Lewis JD, Brown A, Localio AR, et al. *Initial evaluation of rectal bleeding in young persons: a cost-effectiveness analysis*. Ann Intern Med 2002;136:99-110.

Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, et al. *Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology*. Br J Surg 1994;81:946-54.

Nelson RL. *Temporal changes in the occurrence of haemorrhoids in the United States and England*. Dis Colon Rectum 1991;34:591-3

Pfenninger JL, Zainea GG. *Common anorectal conditions*. Obstet Gynecol 2001;98:1130-9.

Pfenninger JL. *Modern treatments for internal haemorrhoids*. BMJ 1997;314:1211-2.

Pfenninger J, Zainea GG. *Common anorectal conditions: Part I. Symptoms and complaints*. Am Fam Physician 2001;63:2391-8.

Pfenninger J, Zainea GG. *Common anorectal conditions: Part II. Lesions*. Am Fam Physician 2001;64:77-88.

The Standard Task Force of American Society of Colon and Rectal Surgeon. Practice parameters for the treatment of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1993;36:1118-20.

Trilling JS, Robbins A, Meltzer D, et al. *Hemorrhoids: associated pathologic conditions in a family practice population*. J Am Board Fam Pract 1991;4:389-94.

Vincent C. *Anorectal pain and irritation: anal fissure, levator syndrome, proctalgia fugax and pruritus ani*. Prim Care 1999;26:53-68.