

La terapia chirurgica delle ragadi anali

Riccardo Annibali

Coordinatore dell'Unità di Coloproctologia "Milano Nord", Casa di Cura Columbus e Casa di Cura Capitanio, Milano

La storia della chirurgia per la cura delle ragadi anali risale alla prima metà dell'800, quando, più o meno in contemporanea, il francese Recamier e l'inglese Brodie proposero, rispettivamente, la divulsione anale e la sfinterotomia interna che, a quei tempi, era posteriore. Gabriel, insieme a Milligan e Morgan, propose l'escissione della ragade. Miles diffuse il concetto della sezione della banda pettinata, che altro non era se non uno sfintere ipertrofico. Eisenhammer introdusse per primo nel 1951 il concetto di sfinteromia laterale interna aperta come la intendiamo oggi. Infine Notaras nel 1969 propose la tecnica di sfinterotomia laterale interna a cielo chiuso.

Gli interventi attualmente disponibili nell'armamentario del chirurgo sono la dilatazione anale, l'escissione della ragade con sfinterotomia posteriore, la sfinterotomia laterale interna aperta, la sfinterotomia laterale interna chiusa, diversi tipi di anoplastica (lembo di scorrimento, lembo a V-Y, lembo di rotazione, ecc.) e, più recentemente, la dilatazione con palloncino pneumatico.

La *dilatazione anale*, abbandonata e poi reintrodotta in terapia nel 1964¹, è ancora discretamente diffusa in Gran Bretagna e viene eseguita correttamente inserendo quattro dita nel canale anale (due per parte) e mettendo in tensione le fibre del muscolo sfintere per 4 minuti, oppure utilizzando per lo stesso periodo un divaricatore di Parks aperto per 4,8 cm.

Le percentuali di guarigione riportate sono alte (fino al 94%)². La metodica presenta tuttavia conseguenze non trascurabili. Può causare un danno sfinterico permanente in più del 50% dei pazienti³. Può determinare incontinenza ai gas dal 12,5 al 51% dei casi e incontinenza maggiore alle feci solide dal 2 al 7,1%, con tassi di *soiling* (imbrattamento degli indumenti intimi) fino al 40%⁴. Infine, il tasso di recidive è elevato, fino all'81%.

Per questi motivi la tecnica è caduta progressivamente in disuso. Nella pratica clinica italiana è di frequente riscontro l'uso di dilatatori anali, sorta di coni anali introdotti dal paziente per alcuni minuti al giorno per almeno un mese, su cui manca però completamente una letteratura scientifica⁵. Da osservazioni empiriche, la tecnica non sembra tuttavia offrire risultati migliori rispetto ad altre tecniche conservative. Inoltre, il tasso di incontinenza e di recidiva sembra essere anche più alto rispetto ad altre metodiche

chirurgiche. Infine (e questo è probabilmente l'aspetto più importante), per molti pazienti l'utilizzo di questi dilatatori è particolarmente doloroso e questo ne determina una bassa compliance. Più recentemente si è tentato di standardizzare la dilatazione anale con palloncini pressurizzati (dilatazione pneumatica controllata) per ridurre l'incidenza di danno sfinteriale, con risultati apprezzabili. I palloncini sono alti 6 cm e ampi 4 cm. Il tempo per la procedura è estremamente limitato, di circa 7 minuti in media. La percentuale di guarigione a 6 settimane supera l'80%⁶. Nei pochi studi disponibili non si sono riscontrati danni sfinterici all'ecografia endorettale⁷. Il palloncino consente di superare i limiti di non riproducibilità legati alla dilatazione classica poiché la metodica è standardizzata ed è riproducibile in modo fedele. Si tratta di una terapia promettente, che però richiede un maggior numero di casistiche per essere maggiormente consolidata.

L'*escissione della ragade associata alla sfinterotomia interna posteriore* (Fig. 1), come proposta da Gabriel nel 1930⁸, consi-

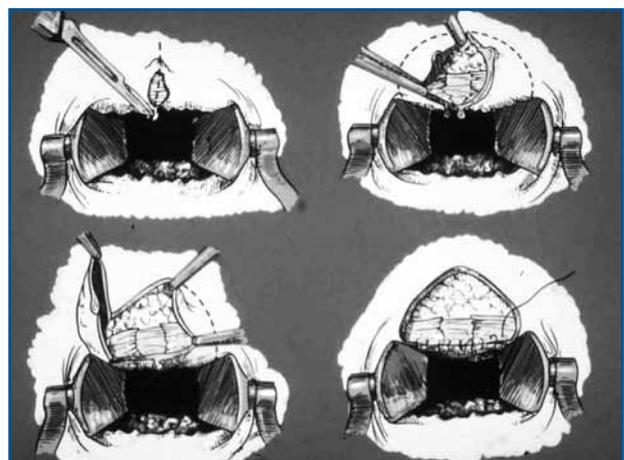


Figura 1.
Sfinterotomia posteriore.

ste nella asportazione della lesione insieme al tessuto cicatriziale circostante. Questa tecnica consente di ottenere una buona percentuale di guarigione, ma può essere seguita dalla comparsa della deformità "a buco di serratura", anche se abbastanza infrequentemente. Questo si traduce in una ferita posteriore piuttosto ampia che condiziona un tempo prolungato di guarigione e un'incidenza di incontinenza a gas e feci e il *soiling* variabile ma comunque elevata⁹.

Per questi motivi anche questa tecnica è caduta progressivamente in disuso ed è utilizzata raramente nella maggior parte dei centri specializzati.

La *sfinterotomia laterale interna* rappresenta oggi il gold standard per il trattamento chirurgico delle ragadi. Fu proposta da Eisenhammer nel 1951¹⁰ e consiste nell'inserire un divaricatore anale apposito per evidenziare il margine inferiore del muscolo sfintere interno. A questo punto si pratica una incisione trasversale o, meglio, longitudinale nel punto di passaggio tra l'anoderma e la mucosa del canale anale in un quadrante laterale (di solito il sinistro) per esporre le fibre del muscolo stesso. Quindi, si esegue la sezione delle fibre muscolari, sempre in senso longitudinale, per una estensione di circa 1 cm. Dopo aver praticato una emostasi accurata, si provvede alla sutura della breccia cutaneo-mucosa con punti riassorbibili (Fig. 2). Nel 1969 Notaras propose la tecnica chiusa¹¹, in cui si utilizza un bisturi lanceolato da oculista, o una lama dell'11, inserendo la lama nello spazio intersfinterico laterale e poi retraendola, incidendo il muscolo avanzando la lama verso il lume rettale (Fig. 3). Le fibre vengono definitivamente rotte dalla digitopressione dell'operatore. Non è necessario asportare la raga-

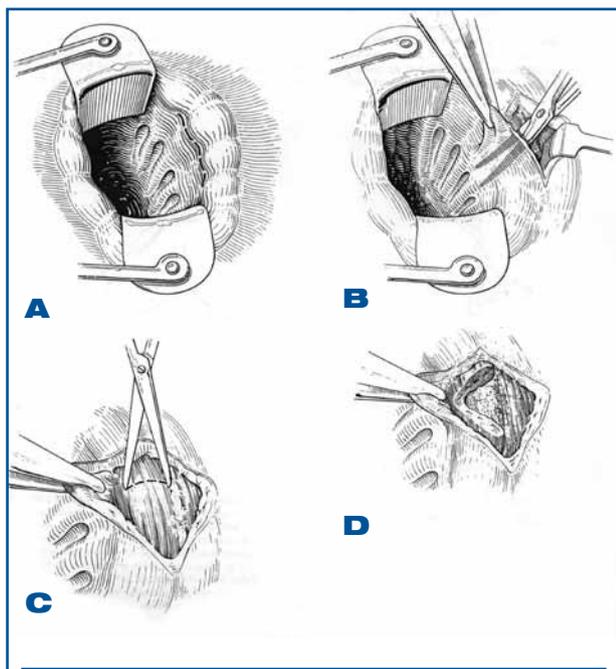


Figura 2.
Sfinterotomia aperta.

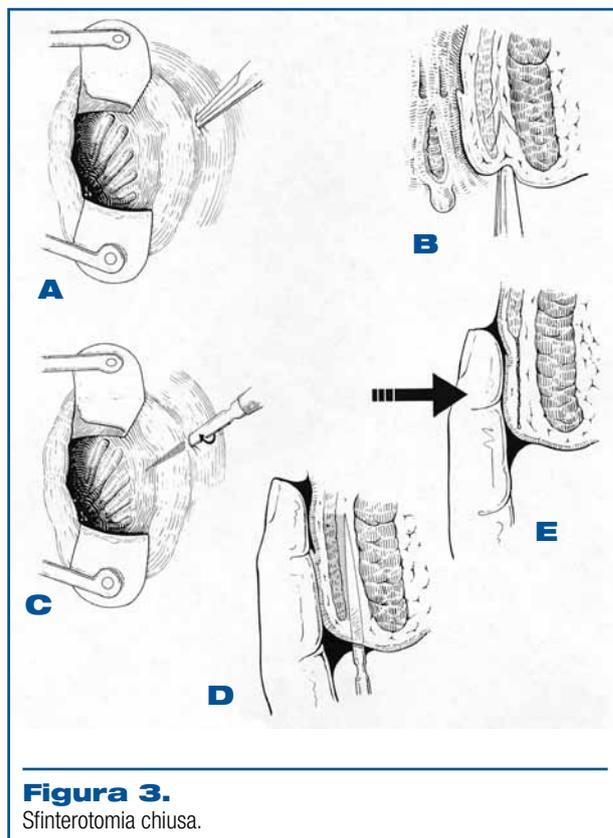


Figura 3.
Sfinterotomia chiusa.

de, a meno che non coesista una consistente fibrosi o una voluminosa papilla ipertrofica oppure, ancora, un grosso polipo sentinella. L'intervento è, comunque, sostanzialmente lo stesso, praticato nel primo caso a cielo aperto e nel secondo a cielo chiuso. Nonostante uno studio del gruppo di Minneapolis¹² del 1996 abbia dimostrato una superiorità statisticamente significativa della tecnica chiusa rispetto a quella aperta per quanto riguarda il *soiling* e l'incontinenza alle feci, tale dato non è stato confermato in altri studi, che invece hanno accertato risultati analoghi tra i due interventi, sia in termini di guarigione che in termini di recidive e incontinenza¹³⁻¹⁵. Le complicanze sono possibili, anche se la loro frequenza è bassa, e includono la comparsa di emorroidi esterne trombozate e prolassate (0,3%), emorragie (0,5%), ecchimosi o ematoma (2,4%), ascessi perianali (1%) e fistole perianali (0,6%)¹⁶. Naturalmente, la frequenza di diminuito controllo dei gas e delle feci, come pure di *soiling* e di recidive variano ampiamente secondo le varie casistiche, ma la media dei valori è comunque nettamente inferiore a quella degli interventi descritti in precedenza. In studi clinici controllati la dilatazione anale è risultata inferiore alla sfinterotomia laterale interna perché gravata da un più alto tasso di recidive e di incontinenza^{17 18}. La sfinterotomia laterale interna è risultata migliore anche in confronto a quella posteriore grazie a una guarigione più rapida, meno dolore e minor incontinenza postoperatoria^{19 20}. La sfinterotomia laterale interna consente di ottenere percentuali di guarigione più

elevate rispetto a quelle della sola terapia medica, ma è gravata da un rischio aumentato di incontinenza fecale (circa 10%) nel periodo post-operatorio².

A questo proposito, è però interessante lo studio di Pemberton che ha effettivamente evidenziato che circa il 45% dei pazienti operati presenta qualche grado di incontinenza fecale dopo la sfinterotomia laterale interna. Tuttavia, dopo un mese dall'intervento solo il 6% dei pazienti è ancora incontinente ai gas. Ma ancora più importante è l'osservazione che il 98% dei pazienti si dichiara soddisfatto della riuscita dell'intervento e meno dell'1% dei pazienti ha una qualità di vita peggiorata dall'incontinenza²¹. In ogni modo, è opportuno identificare le categorie di pazienti a maggior rischio di incontinenza, quali anziani, donne pluripare, pazienti che hanno subito precedenti interventi proctologici o precedentemente sottoposti a by-pass bilio-pancreatico per obesità⁵.

L'*anoplastica posteriore* consiste nella asportazione della ragade e del tessuto fibroso cicatriziale, ricoprendo poi la breccia residua con un lembo cutaneo. Si tratta di tecniche derivate dalla chirurgia

plastica. Può essere eseguita con lembi cutanei di avanzamento (Fig. 4), di scivolamento (tipo V-Y) (Fig. 5) o di rotazione (Fig. 6). L'anoplastica è indicata nei casi in cui alla ragade si associa una stenosi: questo si verifica in genere in presenza di ragadi croniche di vecchia data, o, più spesso, quando la ragade insorge dopo un pregresso intervento di emorroidectomia o fistulotomia. L'anoplastica trova un ruolo anche nei pazienti con una pressione sfinterica massima a riposo normale o inferiore al normale. Infine, può essere considerato l'intervento di scelta nelle recidive²²⁻²⁴.

Quando viene confezionato un lembo di scivolamento a V-Y, la deiscenza della ferita nel sito donatore è abbastanza frequente (circa nel 60% dei casi): questo può ritardare i tempi di guarigione, ma non compromette in genere il buon esito dell'intervento. Nei lembi di rotazione la possibilità di riapertura della ferita è più bassa. Con le anoplastiche l'incidenza di incontinenza è minima o assente. Da molti l'anoplastica viene considerata una valida alternativa alla sfinterotomia laterale interna, anche se non sono ancora disponibili trial randomizzati di confronto.

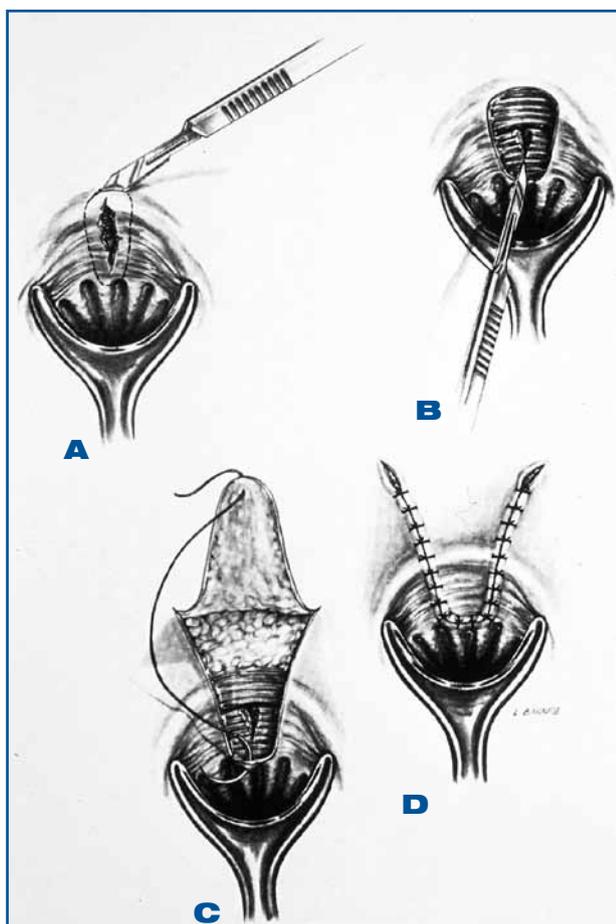


Figura 4.

Anoplastica con lembo di scivolamento (per gentile concessione del dottor Eric Dozois, Mayo Clinic, Rochester (MN), USA).

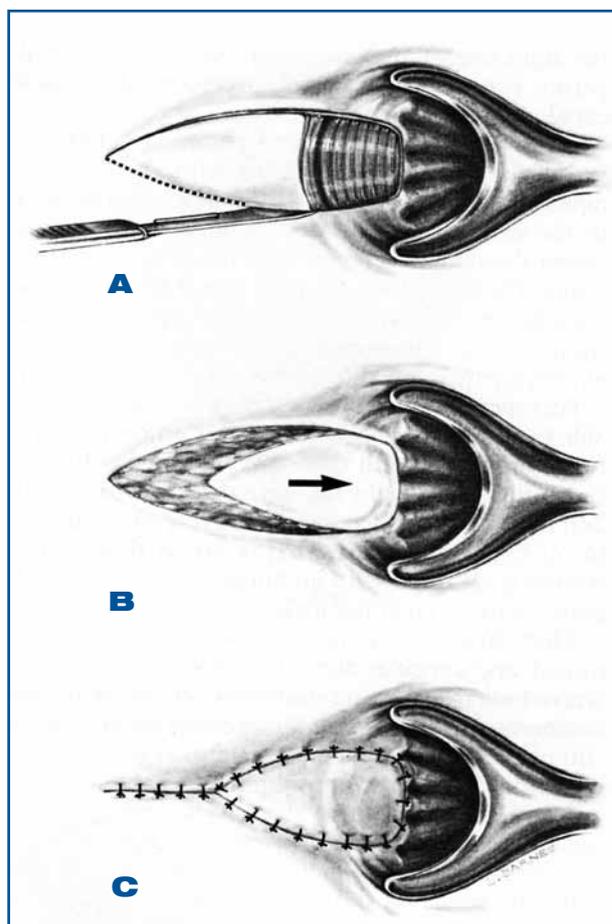


Figura 5.

Anoplastica con lembo di scorrimento a V-Y (per gentile concessione del dottor Eric Dozois, Mayo Clinic, Rochester (MN), USA).

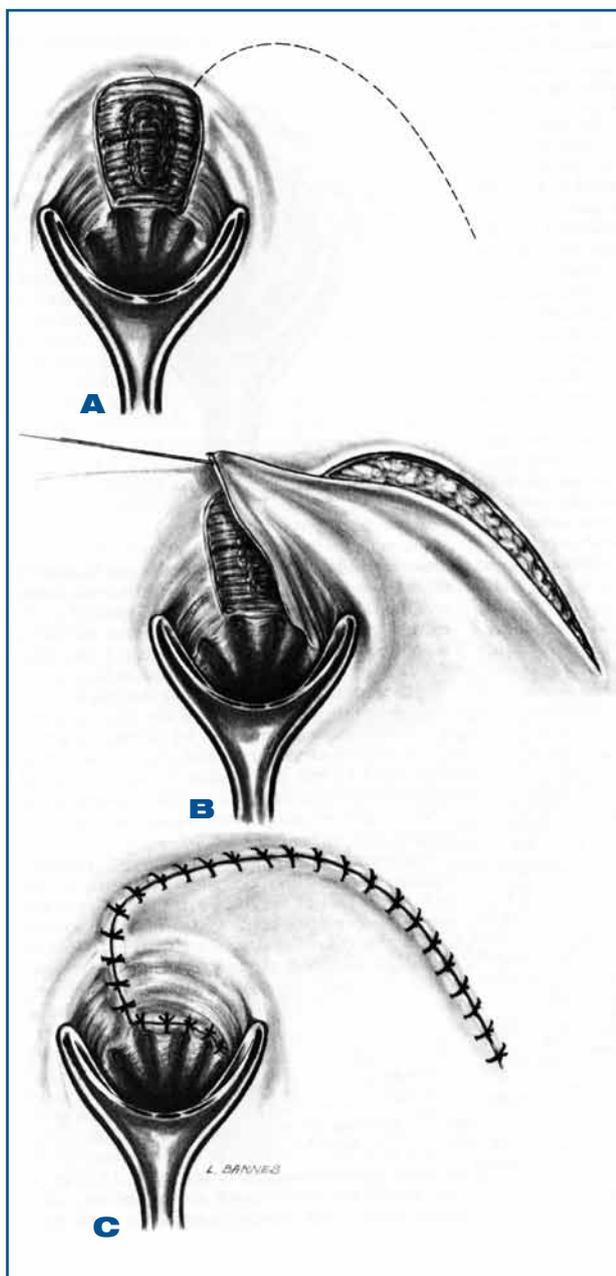


Figura 6.

Anoplastica con lembo di rotazione a C (per gentile concessione del dottor Eric Dozois, Mayo Clinic, Rochester (MN), USA).

Conclusioni

Da una revisione accurata da parte di Nelson dei vari studi pubblicati sulla terapia delle ragadi anali che confrontano tra loro le varie terapie mediche, e poi queste con il placebo e con le tecniche chirurgiche, emerge una complessità che rende difficile distinguere la strada migliore per procedere²⁵. Si oscilla, infatti, da posizioni estremamente conservative, in cui si afferma che "... l'impiego iniziale delle terapie mediche cura la maggior parte

delle ragadi croniche in modo economico e conveniente ..." ²⁶, ad altre decisamente interventistiche, in cui si sostiene che "... la terapia medica per la ragade anale cronica può essere impiegata con una percentuale di cura che è solo marginalmente superiore a quella del placebo ... e di gran lunga meno efficace rispetto alla chirurgia" ²⁶.

Fino a pochi anni or sono si riteneva che la terapia chirurgica fosse riservata ai pazienti affetti da ragadi anali croniche, per i quali non si ritenevano possibili altre cure. Tuttavia, i principali moderni algoritmi proposti (per esempio, quello proposto dall'*American Society of Colorectal Surgery*), indicano che attualmente l'orientamento terapeutico è mutato e i moderni canoni prevedono che l'opzione chirurgica venga riservata ai casi in cui i trattamenti non chirurgici falliscano²⁷.

Un gruppo di studio costituito dai massimi esperti coloproctologi italiani è del parere che "in prima istanza la terapia farmacologica della ragade anale cronica primaria possa basarsi sulle pomate a base di gliceril trinitrato 0,4% anche in considerazione della maggiore documentazione internazionale attualmente disponibile. Appare importante che la terapia medica venga prolungata almeno per 6 settimane prima di ritenere che non sia stata efficace. In caso di fallimento della terapia medica, l'intervento di sfinterotomia laterale interna sinistra, chiusa o aperta, è l'opzione chirurgica di scelta. L'uso del botulino e delle dilatazioni non viene considerato a oggi un trattamento idoneo. L'anoplastica può essere eseguita nei casi specifici sopra citati. Inoltre, appare oggi opportuno informare il paziente del rischio di una possibile incontinenza ai gas e alle feci liquide, che dovrebbe sempre essere discussa all'atto del consenso" ⁵.

Bibliografia

- 1 Watts JM, Bennett RC, Goligher JC. *Stretching of anal sphincters in treatment of fissure-in-ano*. Br Med J 1964;2:342-3.
- 2 Marby M, Alexander-Williams J, Buchmann P, et al. *A randomized controlled trial to compare anal dilatation with lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure*. Dis Colon Rectum 1979;22:308-11.
- 3 Nielsen MB, Rasmussen OO, Pedersen JF, et al. *Risk of sphincter damage and anal incontinence after anal dilatation for fissure-in-ano. An endosonographic study*. Dis Colon Rectum 1993;36:677-80.
- 4 Jensen SL, Lund F, Nielsen OV, et al. *Lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatation in the treatment of fissure in ano in outpatients. A prospective randomized study*. Br Med J 1984;289:528-30.
- 5 Altomare DF, Binda GA, Canuti S, et al. *The management of patients with primary chronic anal fissure: a position paper*. Tech Coloproctol 2011;15:135-41.
- 6 Sohn N, Eisenberg MM, Weinstein MA, et al. *Precise anorectal sphincter dilatation- its role in the therapy of anal fissure*. Dis Colon rectum 1992;35:322-7.
- 7 Renzi A, Bruscianno L, Pescatori M, et al. *Pneumatic balloon dilatation for chronic anal fissure: a prospective, clinical, endosonographic, and manometric study*. Dis Colon Rectum 2005;48:121-6.
- 8 Gabriel WB. *The treatment of pruritus ani and anal fissure*. Brit Med J 1930;2:311-2.
- 9 Di Castro A, Biancari F, D'Andrea V, et al. *Fissurectomy with posterior*

- midline sphincterotomy and anoplasty (FPSA) in the management of chronic anal fissures.* Surg Today 1997;27:975-8.
- ¹⁰ Eisenhammer S. *The surgical correction of chronic internal anal (sphincter) contracture.* South Afr Med J 1951;25:486.
- ¹¹ Notaras MJ. *Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure- a new technique.* Proc R Soc Med 1969;62:713.
- ¹² Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, et al. *Open vs. closed sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results.* Dis Colon Rectum 1996;39:440-3.
- ¹³ Nelson RL. *Meta-analysis of operative techniques for fissure-in-ano.* Dis Colon Rectum 1999;42:1424-8.
- ¹⁴ Boulos PB, Araujo JG. *Adequate internal sphincterotomy for chronic anal fissure: subcutaneous or open technique?* Br J Surg 1984;71:360-2.
- ¹⁵ Kortbeek JB, Langevin JM, Khoo RE, et al. *Chronic fissure in ano: a randomized study comparing open and subcutaneous lateral internal sphincterotomy.* Dis Colon Rectum 1992;35:835-7.
- ¹⁶ Gordon P. *Fissure in ano.* In: Gordon PH, Nivatvongs S, editors. *Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus.* 2nd ed. New York: Inorma Healthcare Inc 2007, pp. 167-88.
- ¹⁷ Olsen J, Mortensen PE, Krogh Petersen I, et al. *Anal sphincter function after treatment of fissure-in-ano by lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatatio. A randomized study.* Int J Colorectal Dis 1987;2:155-7.
- ¹⁸ Weaver RM, Ambrose NS, Alexander-Williams J, et al. *Manual dilatation of the anusvs. Lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic fissure-in-ano. Results of a prospective, randomized, clinical trial.* Dis Colon Rectum 1987;30:420-3.
- ¹⁹ Abcarian H. *Surgical correction of chronic anal fissure: results of lateral internal sphincterotomy vs fissurectomy-midline sphincterotomy.* Dis Colon Rectum 1980;23:31-6.
- ²⁰ Saad AM, Omer A. *Surgical treatment of chronic fissure in ano: a prospective randomized study.* East Afr Med J 1992;69:613-5.
- ²¹ Nyam DC, Pemberton JH. *Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence.* Dis Colon Rectum 1999;42:1306-10.
- ²² Leong AF, Seow-Choen F. *Lateral sphincterotomy compared with anal advancement flap for chronic anal fissure.* Dis Colon Rectum 1995;38:69-71.
- ²³ Kenefick NJ, Gee AS, Durdey P. *Treatment of resistant anal fissure with advancement anoplasty.* Colorectal Dis 2002;4:463-6.
- ²⁴ Singh M, Sharma A, Gardiner A, et al. *Early results of a rotational flap to treat chronic anal fissures.* Int J Colorectal Dis 2005;20:339-42.
- ²⁵ Nelson R. *A systematic review of medical therapy for anal fissure.* Dis Colon Rectum 2004;47:422-31.
- ²⁶ Lindsey I, Jones OM, Cunningham C, et al. *Chronic anal fissure.* Br J Surg 2004;91:270-9.
- ²⁷ Orsay C, Rakinic J, Perry WB, et al.; Standards Practice Task Force; American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Practice parameters for the management of anal fissures (revised).* Dis Colon Rectum 2004;47:2003-7.