

RENATO ROSSI GIUSEPPE RESSA

IL MANUALE DI CLINICA PRATICA



cinquantacinquesimo modulo

© 2004 Pillole.org

PROBLEMI OCULISTICI

Ressa:

Renato, non ti sembra di esagerare? Che c'entriamo noi con l'oculistica?

Rossi:

Per la verità pazienti con problemi agli occhi ne vediamo spesso e non possiamo sempre demandare tutto allo specialista, anche perché non di rado si tratta di problemi banali che possiamo risolvere facilmente senza strumentazione, basta un minimo di conoscenze e di esperienza. Con questo non voglio dire che dobbiamo metterci a fare pure gli oculisti, però mi sembra sia importante almeno saper distinguere condizioni semplici che possiamo ragionevolmente trattare noi da altre potenzialmente gravi che richiedono una valutazione specialistica urgente.

Ressa:

D'accordo, allora cominciamo. Quali sono i problemi di tipo oculistico che più frequentemente portano i pazienti a richiedere il nostro aiuto?

Rossi:

Sostanzialmente sono di tre tipi:

- 1) l'occhio arrossato
- 2) il dolore oculare
- 3) i disturbi della vista

Si può dire che in 8 pazienti su 10 il motivo della consultazione è l'occhio arrossato. Quando un paziente presenta invece dolore oculare o improvviso deficit visivo (talora associati, ma non necessariamente, ad un occhio rosso) bisogna pensare a cause gravi come un attacco acuto di glaucoma, un'uveite o un distacco retinico.

Ressa:

Fondamentale quest'ultima precisazione, soprattutto se riferita all'attacco acuto di glaucoma che può far perdere l'occhio se non diagnosticato in tempo.

Quali sono le cause più comuni dell'occhio arrossato?

Rossi:

Sono l'emorragia sottocongiuntivale, le congiuntiviti e le episcleriti. Per quanto riguarda l'emorragia sotto congiuntivale ne abbiamo parlato a proposito delle crisi ipertensive, quindi non mi dilungo. Non va dimenticato però che una causa di occhio rosso può essere la cheratite.

Ressa:

Come possiamo sospettare una cheratite?

Rossi:

Quando l'iperemia congiuntivale è periferica possiamo ragionevolmente diagnosticare una congiuntivite, quando invece l'arrossamento e la congestione arrivano a lambire la cornea è possibile una cheratite e quindi opportuno un invio urgente dallo specialista. In più di solito nella cheratite è presente un offuscamento del visus che di norma manca nella congiuntivite.

Ressa:

Giustissimo.

Passiamo alle **congiuntiviti**.

Rossi:

Le congiuntiviti sono infiammazioni della congiuntiva che riconoscono essenzialmente tre cause:

- 1) l'azione irritante di varie sostanze che vengono a contatto con gli occhi (sia durante il lavoro che in altre occasioni, come per esempio dopo una nuotata in piscina o in mare) oppure l'azione della luce solare o di fonti luminose intense (tipica la congiuntivite attinica dei saldatori) o di corpi estranei; da ricordare anche le congiuntiviti che possono seguire ad un contatto con sostanze caustiche (in questi casi bisogna lavare subito l'occhio con acqua corrente e inviare urgentemente il paziente dallo specialista); anche l'uso eccessivo di lenti a contatto può provocare una infiammazione congiuntivale reattiva.
- 2) l'infezione (batteri, virus, clamidia)
- 3) l'allergia

Ressa:

A questo proposito ricordo due punti:

- 1) consigliare a chi porta lenti a contatto di non tenerle mentre dorme perché possono svilupparsi cheratiti anche gravi
- 2) che i corpi estranei possono essere anche a livello corneale in questi casi vanno estratti con urgenza perché altrimenti possono approfondirsi e la loro rimozione diventa difficile lasciando danni permanenti; quando si sospetta un corpo estraneo corneale (talora si riesce a vederlo anche a occhio nudo illuminando bene la cornea) bisogna inviare il paziente con urgenza dallo specialista.

Andiamo avanti.

Come facciamo a distinguere le varie forme di congiuntivite?

Rossi:

E' importante l'anamnesi di esposizione a qualche agente causale. Inoltre di solito le congiuntiviti irritative e allergiche sono bilaterali mentre quelle infettive spesso (ma non sempre) sono monolaterali (almeno all'inizio, perché poi possono estendersi anche all'altro occhio).

Oltre all'arrossamento più o meno marcato della congiuntiva il paziente lamenta bruciore agli occhi, fotofobia, senso di corpo estraneo oculare, aumento della lacrimazione. Normalmente la visione non è disturbata.

Ressa:

E' possibile distinguere le congiuntiviti batteriche da quelle virali?

Rossi:

In generale possiamo dire che quanto più è presente secrezione mucosa o mucopurulenta tanto più è probabile la genesi batterica. Più spesso sono in causa germi come lo stafilococco. In questi casi le secrezioni si accumulano sotto la palpebra e all'angolo interno dell'occhio. In Veneto, o almeno dalle mie parti, c'è un'espressione curiosa usata dai pazienti per descrivere questo fenomeno: il malato viene in ambulatorio dicendo che "ha le scarpe".

Un altro segno che ci può aiutare nella diagnosi differenziale è l'interessamento o meno delle vie respiratorie superiori: una congiuntivite con poca secrezione associata a rinite, mal di gola o tosse è quasi sicuramente di origine virale (adenovirus ma anche altri virus respiratori).

Invece una congiuntivite che si associa a disturbi urinari dovrebbe indirizzare verso una infezione da Chlamydia o una sindrome di Reiter (che, ricordo, fa parte delle spondiloartropatie sieronegative e che in alcuni casi è stata messa in relazione alla Chlamydia trachomatis).

Ressa:

Come si trattano le congiuntiviti?

Rossi:

Nelle congiuntiviti irritative bastano misure dettate dal buon senso (per esempio non esporsi alla luce solare, portare occhiali scuri, non guardare la televisione) a cui attenersi per alcuni giorni. Può essere utile l'uso di un collirio vasocostrittore come l'imidazolina o antinfiammatorio (per esempio diclofenac) da usare per 2-3 giorni.

Nelle congiuntiviti infettive si tende ad usare di solito un collirio antibiotico perché non è sempre agevole distinguere la forme virali dalle batteriche (esistono anche forme miste in cui ad una iniziale congiuntivite virale si sovrappone una infezione batterica).

Fra gli antibiotici più usati ricordo i colliri o le pomate oftalmiche a base di tetracicline, aminoglicosidi (gentamicina, tobramicina, netilmicina) e quelli che contengono chinolonici (ofloxacina, norfloxacina) oppure un'associazione di antibiotici (per esempio cloramfenicolo e neomicina oppure cloramfenicolo, tetraciclina e colistimetato di sodio).

Ressa:

Hai ommesso volontariamente i corticosteroidi topici e hai fatto bene.

Aggiungo che è utile suggerire al paziente di lavarsi spesso le mani, di non toccarsi gli occhi e di usare asciugamani personali perché le congiuntiviti infettive possono essere molto contagiose.

E le congiuntiviti allergiche?

Rossi:

Sono di solito stagionali, legate alla presenza nell'aria di pollini a cui il soggetto è allergico, ma possono essere anche presenti per molti mesi all'anno quando l'allergene in causa è di tipo perenne. La diagnosi si basa sull'anamnesi di allergia, sulla coesistenza di rinite (rinocongiuntivite allergica) e sulla durata (in genere una congiuntivite che dura da più di 8-10 giorni è probabilmente di tipo allergico).

Si cura con colliri contenenti cromoglicato, nedocromile, antistaminici o cortisonici (questi ultimi da usare per pochi giorni perché possono aggravare un glaucoma misconosciuto) e con antistaminici per via generale, talora con brevi cicli di steroidi.

Ressa:

Ricordo due cause di congiuntivite, quelle dovute all'herpes simplex (pensarci se assieme alla congiuntivite vi sono le classiche manifestazioni periorali) e all'herpes zoster, in cui è opportuna la consulenza specialistica in quanto possono complicarsi con cheratite e con uveite.

A proposito, quando inviare dall'oculista il paziente con occhio arrossato?

Rossi:

Direi di inviare subito il paziente se sono presenti segni di allarme come dolore oculare o disturbi visivi oppure se la forma appare particolarmente grave. Inoltre conviene sentire lo specialista quando si sospetta un interessamento della cornea o dei tessuti oculari profondi o se la congiuntivite non guarisce o non migliora dopo qualche giorno di trattamento.

Ressa:

Due parole sull'**episclerite**.

Rossi:

Si tratta di una infiammazione localizzata che si manifesta come una macchia o un nodulo vascolarizzati a livello dell'episclera (cioè di quel tessuto localizzato al di sotto della congiuntiva e vicino alla sclera). In genere non richiede trattamento anche se si possono usare colliri decongestionanti o contenenti steroidi per alcuni giorni. Generalmente sono forme autolimitate ma in alcuni casi tendono a recidivare.

Ressa:

Passiamo al **dolore oculare**.

Rossi:

In questi casi va sempre sospettato un attacco acuto di glaucoma per cui è necessario richiedere una consulenza specialistica urgente.

Ressa:

Veniamo allora ai **disturbi del visus**.

Rossi:

Quando un paziente si presenta a visita lamentando un disturbo del visus la prima cosa da fare è chiedere se il sintomo è **comparso improvvisamente oppure gradualmente e da quanto tempo**.

Ressa:

Vediamo la prima ipotesi: il **deficit visivo è comparso gradualmente e data da tempo...**

Rossi:

Se il paziente riferisce che il disturbo è insorto in maniera lenta e che data da tempo ci troviamo di fronte probabilmente ad un vizio di rifrazione oppure ad una cataratta (frequente negli anziani, nei diabetici o in chi usa cronicamente steroidi), per cui l'invio dallo specialista non riveste carattere di urgenza. Ci sono però alcune eccezioni a questa regola.

Ressa:

Spiegati meglio...

Rossi:

Anzitutto se il paziente è diabetico o ha un'ipertensione potremmo essere di fronte ad una retinopatia ingravescente (con emorragie ed essudati) per cui l'invio deve essere urgente anche se può attendere alcuni giorni (quella che in gergo burocratico si chiama urgenza differibile, di solito effettuata entro 2-3 giorni). Vi sono poi due manovre semeiologiche che possiamo benissimo fare anche noi e che ci permettono di valutare se la riduzione del visus è centrale o periferica.

Per valutare l'**acuità centrale** basta far eseguire il test di Amsler (naturalmente prima con un occhio e poi con l'altro): si tratta di un semplice reticolo quadrato con al centro un punto nero: se il paziente riferisce di vedere linee sfuocate o incurvate al centro oppure non vede il punto nero centrale vuol dire che vi è una lesione della macula (potrebbe trattarsi di una neurite ottica o di una maculopatia).

Per valutare la **visione periferica** si può determinare il campo visivo facendo chiudere un occhio al paziente e chiedendo di fissare con l'altro occhio il nostro naso; poi con la nostra mano entriamo nel suo campo visivo dalle quattro direzioni e ci facciamo dire dal paziente quando la mano stessa compare alla sua vista. Ovviamente in questo modo il campo visivo può essere valutato in maniera molto grossolana però se ci sembra che ci sia una riduzione su tutti i lati possiamo per esempio sospettare un glaucoma cronico, una riduzione su un solo lato potrebbe dipendere invece da una emorragia retinica o da una lesione parcellare del nervo ottico (per esempio da compressione a livello del chiasma)

Sia nel caso si sospetti un interessamento della macula che quando si riscontra un chiaro deficit del campo visivo è necessario inviare il paziente dallo specialista urgentemente.

Ressa:

Di recente mi è capitato il caso di una paziente 60 enne, ipertesa, con deficit visivo progressivo che si è rivelato, alla fine, essere un'emianopsia laterale da compressione di aneurisma intracranico.

L'anamnesi era stata raccolta in modo approssimativo e inizialmente l'oculista ha fatto diagnosi di maculopatia degenerativa che però continuava a peggiorare in modo rapido.

Interrogata più a fondo, la paziente riferiva la circostanza che negli ultimi mesi si scontrava spesso con i passanti mentre passeggiava e una volta si presentò per un trauma riportato su uno spigolo di una porta (che evidentemente non aveva visto); è stata operata con successo con trombizzazione della lesione vascolare.

E nel caso la riduzione del visus sia **insorta in maniera brusca**?

Rossi:

In questi casi è sempre opportuno l'invio urgente dallo specialista. Potrebbe infatti trattarsi di un distacco di retina oppure di una trombosi arteriosa o venosa retinica. In questi casi le uniche manovre semeiologiche che possiamo fare sono quelle di valutare l'effettiva gravità della perdita del visus facendo chiudere un occhio al paziente per valutare con l'aiuto di una tavola ottometrica l'entità della perdita e la valutazione del riflesso pupillare dal lato opposto (se c'è un riflesso controlaterale vuol dire che la perdita della vista non è totale).

Un altro sintomo da inviare subito a consulenza (oculistica e neurologica) è la comparsa di **diplopia** (il paziente riferisce di vedere doppio) perché va esclusa (eventualmente con tecniche di imaging neuroradiologiche) una lesione di un nervo cranico oculomotore. Una delle cause di paralisi a carico dei nervi oculomotori può essere la neuropatia diabetica (vedi uno dei casi del dr. Cretinetti).

Nelle perdite fugaci del visus (cosiddette amaurosi fugax) il paziente riferisce di aver perso per alcuni istanti la vista da un occhio: generalmente bisogna indagare il lato vascolare (ecodoppler carotideo) ma è comunque opportuna una visita oculistica per escludere una patologia retinica anche se il disturbo non dovesse più comparire.

Ressa:

Ricordo altri due sintomi oculari che è opportuno inviare urgentemente dallo specialista anche se non si accompagnano a riduzioni del visus: la visione di lampi (potrebbe essere un distacco retinico) e di aloni colorati (potrebbe essere un attacco di glaucoma acuto).

Invece la visione di mosche volanti o di piccoli filamenti che si muovono e che sono particolarmente evidenti per esempio quando il paziente, alla luce del giorno, guarda l'azzurro del cielo, sono di solito dovuti a semplici corpi mobili del vitreo e non richiedono una consulenza urgente.

Rossi.

Per finire rimangono da menzionare due frequenti patologie a carico delle palpebre: il **calazio** e l'**orzaiolo**.

L'**orzaiolo** è in pratica una piccola formazione ascessuale che insorge a carico del bulbo di quel pelo particolare che è il ciglio. Di solito si risolve con l'uso di una pomata oftalmica a base di antibiotici e con impacchi caldi per 5-10 minuti 3-4 volte al giorno.

Il **calazio** è un nodulo che si localizza a livello della palpebra, all'inizio presenta segni di flogosi, poi il nodulo diventa non dolente ma tende a persistere per alcuni mesi. Possono essere utili impacchi caldo-umidi. Molti di essi scompaiono spontaneamente dopo mesi, in alcuni casi è necessario ricorrere alla asportazione chirurgica.

Ressa:

Per ultimo, visto che trattiamo un tema oculistico, anche se con la visuale del medico di medicina generale, ricordo due nozioni basilari sul glaucoma:

1) il ruolo del medico di famiglia nello screening dato che si tratta di una patologia con forte impronta familiare

2) la controindicazione di alcuni farmaci (anticolinergici e triciclici soprattutto).
E con questo credo proprio che abbiamo finito.

PATOLOGIA ANORETTALE

Ressa:

Vediamo con relativa frequenza pazienti con malattie ano-rettali, ma mi sembra che il nostro ruolo sia marginale...

Rossi:

In effetti si potrebbe vederla anche così, tuttavia diciamo che il MMG può rivestire un ruolo importante per indirizzare giustamente il paziente e in qualche caso per trattarlo direttamente. Non è neppure necessario avere particolari abilità semeiologiche o strumentazioni complesse, bastano la semplice ispezione della zona anale e del perineo (è necessario disporre di una buona illuminazione e di un paio di guanti usa e getta) per fare o almeno sospettare la diagnosi giusta.

L'esplorazione rettale (che generalmente il MMG esegue poco per vari motivi) e le manovre più complesse possono essere demandate allo specialista.

Per l'esplorazione della zona anorettale si può scegliere di mettere il paziente sdraiato su un fianco oppure nella classica posizione genupettorale.

Ressa:

Con quali **sintomi** si presenta il paziente?

Rossi:

I sintomi sono essenzialmente tre:

- 1) il dolore anorettale
- 2) il sanguinamento anorettale
- 3) il prurito

Ressa:

Se un paziente ci riferisce dolore anorettale che cosa possiamo aspettarci?

Rossi:

Le cause principali sono la ragade anale, le emorroidi prolapsate e trombizzate (crisi emorroidaria acuta), l'ascenso perianale e la proctalgia fugax.

Ressa:

Iniziamo con la **ragade anale**.

Rossi:

La ragade anale in buona sostanza non è altro che un'ulcerazione (di solito a forma di lente ellittica) posta generalmente a ore 6 tra la linea dentata e l'orifizio anale.

Ressa:

Perché si forma una ragade anale?

Rossi:

In realtà non lo sappiamo ma si ipotizza che la lacerazione possa essere in rapporto a traumatismi dovuti al passaggio di feci dure (tipico della stipsi) con successivo spasmo dello sfintere interno. Questo spasmo produce una ischemia relativa dei tessuti e quindi facilita il persistere della ragade.

Ressa:

Quali sono i sintomi della ragade anale?

Rossi:

Il dolore può essere presente solo alla defecazione oppure continuo e irradiarsi posteriormente agli arti inferiori. Spesso segue un periodo di stipsi prolungata, ma può cronicizzare, come ho detto, e associarsi allo spasmo dello sfintere per cui la semplice ispezione è difficoltosa e l'esplorazione digitale del retto può essere impossibile.

Talora si può associare un lieve sanguinamento durante la defecazione. Non è raro che il paziente eviti la defecazione per evitare il dolore da essa scatenato.

Ressa:

Quindi è il dolore che prevale.

Cosa fare?

Rossi:

Nei casi iniziali può bastare una dieta ricca di scorie per combattere la stipsi e ammorbidenti della massa fecale, semicupi caldi dopo ogni defecazione (almeno 10 minuti!) e pomate anestetiche tipo Antrolin (lidocaina + nifedipina) o cicatrizzanti (tipo Irujol).

Alcuni usano supposte di glicerina che sciogliendosi agiscono come un gel protettivo della zona anale bassa. In realtà tutte queste terapie non hanno una dimostrazione di efficacia superiore al placebo. E' probabile che i singoli casi riportati da ognuno di noi che guariscono con queste metodiche fossero ragadi che sarebbero comunque guarite spontaneamente.

Vi sono invece casi più gravi che tendono a persistere e a provocare dolore non solo durante la defecazione ma anche dopo, per varie ore.

Ressa:

Cosa fare in questi casi?

Ho avuto una paziente che è andata avanti per mesi con una ragade che non voleva saperne di guarire, è stato un inferno per lei e per la famiglia perché la poveretta non riusciva più nemmeno a sbrigare le normali faccende di casa...

Rossi:

Nei casi più impegnativi vengono usate paste alla nitroglicerina (da far preparare in farmacia alla concentrazione di 0,2%) da applicare per 1-2 mesi.

Negli ultimi tempi è stata dimostrata l'efficacia della tossina botulinica iniettata localmente che si può consigliare al paziente se si ha a disposizione un centro proctologico che attua tale terapia.

L'uso di dilatatori anali di calibro crescente è oggi un po' meno in auge perché potrebbe condurre a incontinenza per gas e feci. Secondo alcuni però il loro uso per pochi minuti al giorno per un mese porta a guarigione in oltre la metà dei casi.

Nelle ragadi intrattabili oppure in quelle recidivanti viene proposta la sfinterotomia laterale da attuarsi però solo se la persistenza della ragade ha provocato una stenosi anale in quanto l'intervento può portare a incontinenza.

Ressa:

Un'altra causa di dolore anale sono le **emorroidi ...**

Rossi:

Sì, in alcuni casi l'ispezione mostra gavoccioli emorroidari esterni gonfi ed edematosi, talora francamente duri (in caso di trombizzazione), dolenti. Oltre al dolore vi può essere sanguinamento spontaneo o durante la defecazione. In altri casi le emorroidi (interne o esterne) provocano sintomi meno importanti (dolore e/o prurito) o possono essere del tutto asintomatiche; quelle interne non sono visibili con la semplice ispezione ma possono essere rilevate dal proctologo durante l'ano-

rettoscopia.

Ressa:

Come si curano le emorroidi?

E' sempre necessario ricorrere all'intervento chirurgico?

Rossi:

Ovviamente no, dipende dal tipo di emorroide e dalla gravità del quadro clinico.

La terapia della crisi emorroidaria acuta si basa sul riposo, sui semicupi freddi o applicazione di borse di ghiaccio, pomate anestetiche e sull'uso di farmaci flebotropi a dosi elevate, anche se manca una loro reale dimostrazione di efficacia. In caso di emorroidi trombizzate alcuni usano eparinoidi; se si riesce a ridurre l'emorroide trombizzata e prolassata spesso il paziente avverte subito un notevole miglioramento del dolore; in alcuni casi è necessario inviare al proctologo che con una piccola incisione fa uscire il trombo (trombectomia).

Per le emorroidi di 1°-2° grado si può ricorrere alla legatura elastica (di solito sono necessarie 3-5 legature da effettuare a distanza di 15 giorni una dall'altra) oppure alla fotocoagulazione a raggi infrarossi nel caso di emorroidi piccole o che non possono essere legate.

Nel caso di emorroidi di 3°-4° grado generalmente si ricorre alla emorroidectomia. Oggi l'intervento viene effettuato con la tecnica messa a punto da Longo che usa una suturatrice automatica, permette un ricovero breve e un pronto recupero della funzionalità anorettale. La tecnica classica secondo Milligan-Morgan è più indaginoso e meno gradita al paziente perché le ferite chirurgiche vengono lasciate aperte fino a guarigione.

Ressa:

E' la volta dell'**ascesso perianale**.

Rossi:

E' dovuto ad una infezione da germi banali delle ghiandole anali. I germi più frequentemente coinvolti sono l'E. Coli, il proteus, stafilococchi, streptococchi, ecc. ma spesso l'infezione è mista.

Ressa:

Cosa porta il paziente dal medico?

Rossi:

Il sintomo principale è il dolore, importante, spesso pulsante, talora febbre.

L'esame obiettivo mostra una tumefazione con i classici segni della flogosi, dolente, vicino al margine del canale anale. Nel caso di ascessi più profondi i segni esterni possono essere meno evidenti, il dolore più di tipo sordo ma meno intenso, però spesso vi è uno stato settico.

Ressa:

A questo proposito rimando al caso Cretinetti alla fine del capitolo in cui un'infermiera incauta ma provvidenziale permette la diagnosi.

Rossi:

Nei casi "normali", è inutile se non dannoso tentare una terapia antibiotica, il paziente va inviato subito dal chirurgo per l'incisione e il drenaggio del pus, mentre la terapia antibiotica di solito si prescrive se vi è febbre oppure nei pazienti a rischio per la coesistenza di patologie croniche. Dopo l'incisione viene inserita uno zaffo di garza che va cambiato in genere ogni 2 giorni fino a guarigione.

Siccome gli ascessi perianali spesso possono provocare una **fistola perianale** (altre volte è la fistola che si ostruisce a provocare un ascesso) è importante cercare, nella cute adiacente, se vi sia un

forellino da cui fuoriesce materiale purulento e di cattivo odore. Le fistole non sono altro che dei tragitti che si aprono da una parte nel canale anale e dall'altra nella cute attorno all'ano, a distanza variabile.

Anche le fistole vanno trattate chirurgicamente, purtroppo le recidive non sono infrequenti.

Da ricordare infine un tipo particolare di formazione ascessuale, la **cisti del seno pilonidale** che si infetta.

Ressa:

Cos'è la cisti del seno pilonidale?

Rossi:

Si tratta di una piccola cavità, spesso contenente peli, posta in regione sacrale mediana, di solito poco distante dall'origine del solco natale.

La cisti è asintomatica a meno che non si infetti nel qual caso si presenta come una tumefazione arrossata e dolente qualche centimetro dietro l'ano a livello della fessura natale. Anche in questo caso la terapia è chirurgica con incisione e drenaggio associati alla rimozione di eventuali peli che possono essere presenti nella cisti ascessualizzata; nei casi recidivanti è necessario ricorrere alla asportazione delle cisti.

Ressa:

Ricordo che ascessi e fistole perianali (soprattutto se recidivanti) potrebbero essere la spia di una malattia infiammatoria intestinale cronica come il morbo di Crohn, oppure di una tubercolosi, di un cancro del colon, di un diabete.

Resta da parlare della proctalgia fugax

Rossi:

La **proctalgia fugax**, probabilmente causata dallo spasmo dei muscoli elevatori dell'ano, è caratterizzata da un dolore anorettale di breve durata (da pochi minuti a mezz'ora), spesso di notte (tanto da svegliare il paziente), in genere colpisce maschi adulti. Importante è escludere una patologia anorettale. Il paziente va rassicurato sulla benignità della condizione. Alcuni consigliano semicupi tiepidi o blandi anestetici. In caso di persistenza e importanza del sintomo si possono tentare miorilassanti o stimolazioni elettro galvaniche del retto inferiore.

Ressa:

Secondo alcuni anche il salbutamolo per spray, ho provato a farlo usare e funziona anche se non so perché.

Passiamo al **sanguinamento ano-rettale**, un'altro motivo di consultazione relativamente frequente...

Rossi:

Il sanguinamento ano-rettale (o ematochezia) può essere di gravità molto variabile da una vera e propria emorragia massiva a una semplice striatura sulla carta igienica dopo la defecazione. Anche se nella maggior parte dei casi la patologia è banale (emorroidi, ragadi) è buona norma considerarlo sempre un segno sospetto di patologia grave (neoplasie ma anche adenomi, colite ulcerosa e altro). In effetti anche nel caso di pazienti che hanno una diagnosi certa di emorroidi vi può essere un'altra causa di sanguinamento in sede colica diversa in circa il 15% dei casi. Per uno schema decisionale di massima rimando a quanto detto nel capitolo sul follow-up delle malattie gastroenteriche e sulle indicazioni alla colonscopia.

Ressa:

Arriviamo al **prurito anale**.

Rossi:

Come per il prurito cutaneo anche qui spesso ci troviamo di fronte ad un vero rebus. E' favorito da una stimolazione delle fibre nervose locali da una serie concomitante di fattori: umidità, pH alcalino delle feci nei casi di diarrea, alimenti irritanti, uso eccessivo di detergenti intimi che alterano le condizioni delle cute e delle mucose riducendone la resistenza, o al contrario igiene troppo scarsa dopo la defecazione, ecc.

Ressa:

Come possiamo orientarci di fronte ad un paziente che lamenta prurito anale persistente?

Rossi:

La prima cosa da fare è ispezionare la zona per escludere una **malattia anorettale** e poi chiedere eventualmente una ano-retto-sigmoidoscopia.

Praticamente tutte le malattie anoretattali, dalle semplici emorroidi (seppur raramente), ai condilomi, ai tumori anali possono causare prurito.

Bisogna poi indagare se il paziente non abbia un diabete, una epatopatia, una candidiasi regionale (spesso causata da antibiotici) o un'altra dermatite (dermatite da contatto, psoriasi, ecc:) eventualmente avvalendosi di una consulenza dermatologica. Va considerato che scabbia e pidocchi, come possono causare prurito cutaneo, spesso provocano anche prurito anale.

Anche una infestazione da ossiuri può essere la causa di prurito anorettale per cui è utile richiedere un esame parassitologico delle feci.

Il prurito può anche essere dovuto a vaginiti che causano secrezioni vaginali, a incontinenza urinaria e fecale (per cui è utile informarsi esplicitamente in merito perché il paziente può, per ritegno, non riferire il disturbo).

Ressa:

In alcuni casi però non si mette in evidenza alcuna causa...

Rossi:

In questo caso si parla di prurito primitivo in cui non è da escludere una genesi psicogena.

Utili misure da consigliare sono il mantenere la zona pulita e asciutta, quando ci si asciuga non strofinare ma tamponare delicatamente con un

asciugamano morbido di cotone, non usare detergenti intimi ma solo acqua per l'igiene dopo la defecazione, evitare cibi irritanti come birra, caffè, the, cioccolato, spezie piccanti. E' opportuno evitare l'uso di lassativi, di creme anestetiche o cortisoniche (queste ultime possono essere usate al più per brevi periodi e sporadicamente), combattere una eventuale diarrea.

UN CASO PER CRETINETTI: QUELL'INCAUTA MA SALVIFICA INFERMIERA

Il paziente e' un trentacinquenne, già praticante molti sport, compreso lo sci, nel quale eccelleva particolarmente.

Uno sfortunato giorno festivo di 7 anni fa, uno sciatore della domenica gli piomba addosso mentre egli e' tranquillamente in fila per prendere la sciovia; disgraziatamente, vicino a lui, c'era il palo metallico della struttura dove e' stata violentemente proiettata la sua colonna cervicale con "esplosione" di una vertebra, lesione midollare e tetraplegia permanente residua.

Da allora la sua vita e' drammaticamente cambiata, gli arti inferiori sono completamente plegici, quelli superiori hanno ripreso una qualche funzionalità, ostacolata dalle mani che permangono in flessione forzata, la sensibilità tattile e' assente dal quarto spazio intercostale in giù, in un primo tempo la minzione era assicurata da un catetere pubico, poi sostituito da un uretrale, la defecazione e' favorita da manovre manuali assistite.

Accusa spesso delle infezioni urinarie curate con tutta la farmacopea esistente e anche respiratorie, con frequenti broncopolmoniti dovute anche a una scarsa espansibilità toracica con respiro superficiale.

A giugno improvviso rialzo termico con febbre elevata accompagnata da brividi e sudorazioni profuse, tosse umida, ennesimo reperto obiettivo di focolaio pneumonico basale dx e broncospasmo diffuso, Cretinetti si reca a domicilio e prescrive terapia con chinolonici e cefalosporine iniettive, lo sfebbramento non si verifica e il paziente cade in uno stato stuporoso per cui viene ricoverato in ospedale. Un Rx torace conferma l'addensamento polmonare, si tentano altre terapie antibiotiche e il focolaio si riduce nettamente come anche la sintomatologia a carico dell'apparato respiratorio, la febbre cala un po' ma non scompare mai completamente. La ricerca del BK nell'escreato e' negativo, i colleghi amici di Cretinetti, e suoi pari, decidono di effettuare una TC addominale che risulta negativa, a questo punto brancolano nel buio e stanno quasi per dimettere il paziente con analisi ematochimiche che mostrano un emocromo in cui persiste una leucocitosi neutrofila, ves elevata, le restanti sono negative compresi: virus epatitici, EBV, CMV, toxoplasma e autoanticorpi.

A risolvere il caso ci pensò un'incauta manovra strumentale di un'inesperta infermiera che riuscì, involontariamente, a mettere in luce una patologia che poteva essere sospettata dalla sola anamnesi e usando un po' meglio le sinapsi.

Il clan dei Cretinetti tirò un respiro di sollievo ma non meritava questo colpo di fortuna

Il caso ha voluto che l'incauta quanto provvidenziale infermiera, in corso di cateterizzazione uretrale, causasse una lesione traumatica della stessa, il catetere è entrato nella raccolta asessuale che ha drenato verso l'esterno rendendosi così palese. Il paziente aveva un ascesso perianale profondo che le indagini radiologiche non avevano messo in evidenza.

Fattori confondenti in questo caso: mancanza di sensibilità dolorifica del paziente a causa del suo stato, TC non estesa alla pelvi ma limitata all'addome, presenza nell'anamnesi (ammesso che sia stata raccolta) di svuotamenti manuali rettali quotidiani
