Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Patologia ano-rettale
Data 21 gennaio 2006 alle 01:29:00
Autore R. Rossi

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 prolassate e trombizzate (crisi emorroidaria acuta), l'ascesso 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 o cicatrizzanti (tipo Iruxol).
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.Ultimamente è uscita una preparazione in unguento alla concentrazione di 4 mg/g, ma una valutazione da parte di alcuni bollettini sulla sua efficacia è stata abbastanza critica (Dialogo sui Farmaci 2008; 2: 92-93).
Secondo una revisione Cochrane si sono dimostrate utili anche creme per via rettale a base di nifedipina.
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:
Si, 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 indaginosa 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 pilondale 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 elettrogalvaniche 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.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.