

LA MALATTIA EMORROIDARIA

Le emorroidi propriamente dette sono costituite da un tessuto molto vascolarizzato, dall'aspetto spugnoso, localizzato nel canale anorettale, costituito da dilatazione del plesso mucoso emorroidario interno con ampio reticolo arterioso e capillare, presente in tutte le persone. Sono pertanto da differenziare, sia per la sede (al di sopra la linea dentata), sia per l'istologia (ricoperte da mucosa), sia per la storia clinica, sia per il trattamento, dalle emorroidi esterne, che sono un plesso venoso presente sul margine anocutaneo.

Le emorroidi interne si presentano in genere con una posizione pressoché standard dei gavoccioli (anteriore destro, posteriore destro e sinistro) corrispondenti, secondo alcuni Autori, alle branche terminali dell'arteria emorroidaria superiore. Thomson ritiene che i gavoccioli emorroidari, da lui denominati "cuscinetti anali", abbiano la funzione di garantire la fine continenza con la loro espansione (per il 10-15% sec. Gibbons). La disposizione in 3 gavoccioli principali non è sempre costante: infatti è presente nel 60% circa dei casi. Talora esiste un "quarto" pacchetto posteriore, oppure le emorroidi sono così sviluppate da formare un tessuto mucoso circolare.

Spesso le emorroidi si possono accompagnare a :

- emorroidi esterne (distinguibili perché si sviluppano al di sotto della linea dentata)
- marische (skin tags degli anglosassoni) , ispessimenti della cute del margine anale, spesso esito di episodi di tromboflebite emorroidaria esterna o di stasi linfatica
- ipertrofia delle papille anali, che talora assumono l'aspetto di veri polipi (cosiddetti polipi fibroepiteliali): la loro base è sempre sulla linea dentata

Non si sa perché tale tessuto in alcuni individui aumenti di volume e divenga causa di sintomi. Vi sono sicuramente dei fattori che favoriscono la espressività clinica delle emorroidi, primi fra tutti la stipsi cronica e la gravidanza, ma rivestono un ruolo anche il parto, l'assunzione di contraccettivi, la sedentarietà, le condizioni di lavoro, alcuni sport (equitazione, motociclismo), l'alcol e l'assunzione di spezie. E' stata anche ipotizzata una iperattività del muscolo sfintere interno (che potrebbe portare ad ostacolo del deflusso venoso e congestione).

Sarles distingue in :

- fattori predisponenti: ereditarietà, costituzione
- fattori scatenanti: turbe della canalizzazione, periodi della vita sessuale femminile
- fattori patogenetici: lassità del tessuto muscolo-legamentoso di sostegno (M. Treitz, M. Parks) , fattori vascolari e neurovegetativi e ipertonicità sfinteriale.

Secondo la Teoria di Longo la frammentazione delle fibre elastiche di sostegno sarebbe una condizione necessaria ma non sufficiente alla dislocazione dei pacchetti emorroidali. La evoluzione della patologia emorroidaria sarebbe legata al prollasso della mucosa del terzo inferiore del retto con conseguente kinking dei vasi sottomucosi e ostruzione al deflusso venoso , che determinerebbe congestione venosa sia dei pacchetti emorroidari che del plesso venoso sottocutaneo.

Allorché il tessuto emorroidario aumenta eccessivamente di volume, prolassa, si congestiona e sanguina o si trombizza e provoca dolore, allora si parla di **malattia emorroidaria**. La classificazione più utilizzata delle emorroidi è una classificazione dinamica (che considera cioè l'entità del prollasso) e prevede 4 gradi:

I Grado : emorroidi osservabili solo in anosopia, che protrudono nel lume dello strumento

II Grado : emorroidi che, sotto ponzamento, protrudono dal canale anale, ma si riducono spontaneamente al termine dello sforzo

III Grado : emorroidi che protrudono sotto ponzamento e che necessitano di manovre manuali per essere ridotte

IV Grado : emorroidi permanentemente prollassate, irriducibili.

I sintomi accusati sono costituiti da: sanguinamento (81%), fastidio anale (64%), prurito (62%), prollasso (50%), edema (47%), dolore (35%) secrezione (29%).

In caso di dolore può esser presente:

- la comparsa di una complicanza : la tromboflebite emorroidaria (isolata pedunculare, o prollasso emorroidario trombizzato, il cosiddetto "strangolamento emorroidario")
- l'associazione con una ragade

Non esiste uno stretto rapporto tra sviluppo delle emorroidi e sintomatologia.

La diagnosi viene conseguita mediante una visita proctologica, che comprende oltre ad un accurato esame clinico (ispezione, palpazione ed esplorazione rettale) l'esecuzione di una anosopia e, se possibile, anche una rettoscopia. Ciò per evitare il misconoscimento di patologie associate, come ad esempio una fistola perianale o la presenza di una patologia proliferativa o infiammatoria cronica del retto, che modificherebbero l'indirizzo terapeutico.

Nei casi in cui si associno sintomi come stipsi di recente insorgenza, o modificazioni dell'alvo, o disturbi del transito intestinale, in pazienti di età superiore a 45 anni, soprattutto se vi è un'anamnesi familiare positiva per eteroplasia, è opportuno richiedere lo studio del colon mediante esecuzione di una Pancoloscopia .

Il trattamento può essere:

- 1) medico (igienico dietetico e farmacologico)
- 2) ambulatoriale
- 3) chirurgico

Trattamento medico

La base del trattamento medico è costituita dalla regolarizzazione dell'alvo, nei casi in cui questo non sia ottimale. Ciò include un'adeguata idratazione, una dieta ricca scorie (minimo 35 g di fibre/die) e una buona attività fisica. L'assunzione di spezie e di bevande alcoliche, come pure degli insaccati, del cioccolato e della frutta secca è sconsigliabile nelle fasi in cui la malattia emorroidaria si presenti con particolare congestione o segni di flogosi, e, comunque, è da limitare nella misura, peraltro variabile, in cui tali alimenti si rilevino dannosi.

Importante è anche il ruolo della igiene locale: è bene effettuare con scrupolo la pulizia della regione anale ed evitare sfregamenti (soprattutto nelle forme prolapsate). Anche l'eccesso di abluzioni quotidiane può risultare nocivo per l'insorgenza, talora, di intolleranza ai detergenti utilizzati. E' preferibile usare saponi acidi. In caso di riacutizzazione sintomatologica possono risultare utili i semicupi caldi, che riducendo lo spasmo sfinterico, possono alleviare lo spasmo anale associato.

Tra i farmaci utilizzati per il trattamento della malattia emorroidaria vanno ricordati:

a) **farmaci per via generale:** come la diosmina micronizzata-esperidina e la vitamina P, che hanno un'azione capillaroprotettiva e un'azione antiedemigena, riducendo altresì il prurito perianale.

b) **farmaci ad azione locale:** sono costituiti da supposte ed unguenti: in genere sono a base di eparina o prodotti ad azione eparinoide, cortisonici ed anestetici locali. I farmaci steroidei, somministrati cronicamente, possono portare ad ipotrofia della cute perianale e favorire l'insorgenza o accentuare un prurito perianale. Alcuni anestetici locali (soprattutto i derivati della cocaina ed il mentolo) possono avere come effetto collaterale una sensibilizzazione allergica. Pertanto se ne consiglia l'uso per brevi periodi, soprattutto nelle manifestazioni flogistiche o trombotiche.

Tali prodotti comunque esercitano un'azione di breve durata ed in genere è difficile documentarne la reale efficacia clinica. Inoltre essi possono avere un'azione sui sintomi (sanguinamento, bruciore, prurito), ma non sul prollasso.

E' stata infine proposta nella malattia emorroidaria sintomatica il ricorso all'autodilatazione: ciò può esser utile nei casi in cui, alla visita clinica, sia stato riscontrato un ipertono, o patologia associata come una ragade anale o una stenosi anale. Inoltre può esser indispensabile in quei casi di malattia emorroidaria con ipertono, quale trattamento iniziale prima di effettuare una legatura elastica.

Trattamento ambulatoriale

Varie sono le metodiche proposte nel tempo per il trattamento ambulatoriale della malattia emorroidaria. Ne ricordiamo le più diffuse:

- 1) terapia sclerosante
- 2) fotocoagulazione ad infrarossi
- 3) legatura elastica
- 4) crioterapia
- 5) legatura selettiva, doppler guidata, dei vasi rifornenti i gavoccioli emorroidari

La **terapia sclerosante**, introdotta da Blond e Hoff, consiste nell'iniezione, mediante un anoscopio, di una sostanza sclerosante nella sottomucosa a monte dei gavoccioli emorroidari. Si propone di creare una fibrosi che riduca la vascolarizzazione locale e che fissi la mucosa anale allo sfintere interno, controllando così il sanguinamento e la tendenza al prollasso. E' indicata nelle emorroidi di I e II grado, soprattutto nelle forme sanguinanti.

Si utilizzano l'*olio fenolato* (fenolo al 5% in olio di mandorle o oliva) o il *cloridrato doppio di chinina e urea al 5%*. L'iniezione deve esser eseguita nella sottomucosa: se è troppo superficiale (mucosa) vi è il rischio di necrosi della mucosa ed emorragia, se troppo profonda (muscolare) causa dolore e vi è il rischio di formazione di ascesso. Oltre alle complicanze locali sono state descritte complicanze urologiche e rari casi di sepsi.

Va ricordato che la sclerosi non elimina il tessuto emorroidario e che tale trattamento non risulta altrettanto efficace nelle recidive.

Infine in uno studio di Mc Rae (1995) le recidive a 1 anno risultano l'80%: inoltre i risultati del trattamento sono sovrapponibili a quelli conseguibili con la sola implementazione di fibre nella dieta.

La **coagulazione all'infrarosso**, proposta da Neiger, utilizza i raggi infrarossi per indurre una coagulazione dei vasi del tessuto emorroidario e la formazione di un'area di sclerosi. Le indicazioni risultano le stesse della terapia sclerosante, di cui si può considerare una variante: presenta il vantaggio di un dosaggio più preciso riguardo alla profondità e all'estensione della sclerosi, come pure di una miglior tollerabilità da parte del paziente.

I risultati a distanza sono sovrapponibili a quelli della terapia sclerosante.

La **legatura elastica** è una tecnica che, a differenza delle prime due, prevede oltre al trattamento dei sintomi, la eliminazione del tessuto emorroidario trattato. Originariamente descritta da Blaisdell (1958) e perfezionata e resa popolare da Barron (1963), consiste nel posizionare mediante l'uso di anoscopio, un anello di gomma alla base di un pacchetto emorroidario o di un prollasso mucoso. Si produce così uno strangolamento che provoca la necrosi ischemica e l'eliminazione del tessuto compreso. E' fondamentale che la legatura venga effettuata ben sopra la linea dentata, altrimenti causerebbe intenso dolore tale da dover procedere rapidamente alla rimozione dell'elastico (manovra peraltro tutt'altro che agevole!).

E' indicata nelle emorroidi pedunculabili (I-II grado), nelle forme iniziali di prollasso mucoso e nelle emorroidi recidive dopo trattamento chirurgico. Le complicanze sono costituite da dolore, emorragia, trombosi emorroidaria: descritti rari casi di cellulite pelvica.

La percentuale di successo riportata in Letteratura varia dal 69 al 94 % e a lungo termine tra il 72 e il 97% dei pazienti si dichiara soddisfatto; meno del 10% dei pazienti richiede un successivo trattamento chirurgico (Mc rae 1995).

La **crioterapia**, introdotta da Lewis (1972), utilizza il freddo , mediante criosonde a protossido d'azoto (- 90°C) o ad azoto liquido (-190 °C), per ottenere una necrosi del tessuto emorroidario: tale necrosi deriva sia da un danno tissutale diretto che da necrosi ischemica per trombosi intravasale. Dopo un iniziale entusiastico utilizzo, sono stati riferiti in seguito problemi di dolore persistente, profusa secrezione maleodorante, prolungati tempi di guarigione.

Segnalate come complicanze dolore, fastidiosa secrezione postoperatoria, emorragia , sepsi, incontinenza e sporadici casi di assoluta gravità (tetano, celluliti).

Il problema principale è legato alla impossibilità di controllare la quantità di necrosi indotta. Per tale motivo attualmente il suo utilizzo è stato molto ridimensionato.

La **legatura delle arterie emorroidarie doppler-guidata** (HAL-doppler: hemorrhoidal artery ligation) è stata proposta da Morinaga (1995). Si utilizza un apposito proctoscopia (Moricorn), autoilluminato e munito di dispositivo doppler all'apice che permette il reperimento delle arterie emorroidarie, e la loro legatura selettiva con punto transfisso con filo di sutura riassorbibile. In genere occorrono da 6 a 8 legature. E' indicata in emorroidi sanguinanti di I-II grado (talora usate anche nel III grado) e nelle recidive dopo trattamento chirurgico.

L'intervento viene effettuato senza anestesia o in blanda sedazione in regime ambulatoriale o day-urgery. E' ben tollerato, non pregiudica ulteriori trattamenti, è efficace nel controllare il sanguinamento.

Come complicanze sono state descritte dolore, tenesmo, trombosi emorroidaria esterna, infezioni. Morinaga (1995) ha riportato un miglioramento clinico nel 96% dei casi per quanto concerne il sanguinamento e nel 78% dei casi per quanto concerne invece il prolasso.

La terapia chirurgica

L'indicazione all'intervento chirurgico scaturisce da un insieme di considerazioni che devono tener conto del grado delle emorroidi, del loro impatto sintomatologico ed in particolare la alterazione della qualità di vita, delle condizioni e dell'età del paziente.

Le tecniche chirurgiche sono diverse, ma fondamentalmente si possono raggruppare in 2 gruppi a seconda che prevedano la:

- exeresi dei pacchetti emorroidali
- o la correzione del prolasso.

Negli **interventi di exeresi** l'obiettivo è quello di eradicare il tessuto emorroidario, legando le arterie che irrorano ciascun pacchetto. Ricordiamo le 2 più diffuse:

1) **Emorroidectomia secondo Milligan Morgan** (1934) : è l'intervento più diffuso nel mondo. Comporta la resezione dei tre pacchetti emorroidari e della cute sottostante, dissezione accurata dall'aparato sfinterico, con legatura alta dei peduncoli vascolari. Le tre ferite chirurgiche residue vengono lasciate aperte (cosiddetta "emorroidectomia aperta"). Il controllo periodico postoperatorio del paziente fino al termine della cicatrizzazione delle ferite potrà garantire un risultato ottimale e inoltre la precoce individuazione di eventuali complicanze ed il loro tempestivo trattamento (in particolare la stenosi). Il tasso di recidive è stimato intorno al 5%. L'intervento è stato attuato anche con il ricorso a tecnologie differenti per quanto riguarda le modalità di escissione del tessuto emorroidario : ricordiamo in particolare l'uso di elettrobisturi, del laser (sia il CO₂ che il Nd:YAG) o del bisturi ad ultrasuoni (Ultracision ®) o a radiofrequenza (Ligasure ®).

2) l'**emorroidectomia sec. Ferguson** (1959), molto diffusa negli Stati Uniti. L'intervento viene condotto in modo identico alla Milligan Morgan, ma alla fine le ferite chirurgiche vengono suturate ("emorroidectomia chiusa")

Da ricordare inoltre per completezza: 1) l'*emorroidectomia sottomucosa secondo Parks*, nella quale i pacchetti emorroidari vengono minuziosamente separati dalla mucosa che li ricopre, che viene preservata. Si tratta di un intervento che richiede molto più tempo e la separazione della mucosa dal tessuto emorroidario sottostante non è agevole, anzi fonte di sanguinamento. 2) l'*emorroidectomia circolare sec. Whitehead* (1882) con dissezione della mucosa e sottomucosa ed escissione di tutto il tessuto emorroidario, con sutura mucosa prossimale rettale all'anoderma. Tale intervento è stato abbandonato perché gravato da alta percentuale di complicanze (stenosi, sviluppo di ectropion) riferite come "deformità da Whitehead".

Le complicanze dopo emorroidectomia sono costituite da sanguinamento, infezione, trombosi emorroidaria, stenosi anale, formazione di marische, fistole, incontinenza (tra il 0,5 e il 4% sec. Beck e Wexner).

Negli **interventi di correzione del prolasso** l'obiettivo è quello di conservare il tessuto emorroidario, interrompendo le arterie prossimali che irrorano ciascun pacchetto e associando una pessia che riporta nel canale anale il tessuto emorroidario prolassato. Pertanto possono esser eseguiti laddove preoperatoriamente il tessuto emorroidario è completamente riducibile nel canale anale. Le marische non vengono asportate salvo associare tale atto alla prassi principale. Ricordiamo le 2 più diffuse:

1) **Prolassectomia muco-emorroidaria con stapler o anopessi o emorroidopessi** proposta da Antonio Longo (1998) . Viene attuata mediante una speciale suturatrice circolare, che , introdotta attraverso l'ano, permette la resezione circolare di un cilindro di mucosa e sottomucosa rettale, prossimamente alla sede delle emorroidi, con il duplice intento di correggere il prolasso, riposizionando il tessuto emorroidario nel canale anale (che in tal modo viene

preservato) e di ridurre nel contempo l'iperafflusso vascolare. Richiede un accurato controllo della rima anastomotica al fine di evitare sanguinamenti postoperatori. E' indicata nelle emorroidi sanguinanti (III grado, e da taluno anche nel IV grado), soprattutto se a sviluppo circolare o associate a prollasso mucoso.

L'intervento è ben tollerato dai pazienti, in genere è meno doloroso degli interventi di exeresi e non dà luogo a stenosi per il calibro della suturatrice adottata (33 mm).

- 2) **THD** (transanal hemorrhoidal dearterialization) **associata eventualmente a mucopessi**. Si tratta di legature doppler guidate dei rami arteriosi prossimali della arteria emorroidaria superiore mediante punti transfissi in materiale riassorbibile posti in 6 punti dell'ano a ore dispari. Se è presente un prollasso viene associata una pessia, cioè con lo stesso filo utilizzato per la legatura si discende verso il gavocciolo emorroidario eseguendo una "plissettatura" della mucosa, per cui alla successiva legatura si ottiene un lifting del tessuto emorroidario nel canale anale. Anche questo intervento è ben tollerato dai pazienti, è poco doloroso rispetto agli interventi di exeresi. I risultati riportati in Letteratura pur con un breve follow-up segnalano un controllo del sanguinamento nel 90% con tasso di recidiva oscillante fra il 10% e il 15%.

Le varie tecniche presentate, pur garantendo buoni risultati funzionali, differiscono, oltre che per i presupposti fisiopatologici e gli obiettivi alla base delle singole metodiche, anche per la durata del follow-up in funzione dei risultati a distanza di tempo.

Sarà compito del chirurgo sulla base del quadro clinico presentato dal paziente, previa una corretta informazione sulle caratteristiche delle varie metodiche, selezionare l'intervento più adatto, non dimenticando che, in assenza di evidenza clinica di manifesta superiorità di una tecnica rispetto ad un'altra, i migliori risultati spesso si conseguono con la tecnica con cui si ha maggior dimestichezza.

Bibliografia

Beck D.E., Wexner S.D.
Anorectal surgery
Saunders 1998

Dodi G.
La malattia emorroidaria
Piccin 1996

Gizzi G.
Argomenti di proctologia
Ed. Minerva Medica 1993

Longo A.
Treatment of hemorrhoid disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure
Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery
June 3 1998 Rome
Monduzzi Editore 1998: 777-784

Mann C.V.
Trattamento chirurgico delle emorroidi
Micarelli Editore - Roma 2003

Morinaga K., Hasuda K., Ikeda T.
A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter
Am J Gastroenter 1995; 90, 4, 610-613

Nicholls J., Glass R.
Coloproctology
Springer-Verlag 1985

Rivadeneira D.E e Coll.
Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010)
Dis Colon Rectum 2011 54: 9, 1059

Sarles J.C., Copé R.
Proctologie
Masson 1990

Sutherland & Coll.
Arch Surg 2002, 137: 1395

Wolff B.G., e Coll.
The ASCRS Textbook of colon and rectal surgery
Springer 2007

* ASCRS American Society of Colon and Rectal Surgeons