

PDTA PROCTOLOGICO:

la terapia m.i.ambulatoriale della
malattia emorroidaria mediante
la metodica **HELP**



La malattia emorroidaria si produce così: la bile o il flegma, fissandosi nelle vene del retto, riscalda il sangue che è nelle vene; queste vene, riscaldate, attirano, dalle vene più vicine, il sangue, si riempiono e formano delle tumefazioni nell'interno del retto. ...

Bisogna trattare così: per prima cosa, organizzatevi in modo tale da vedere in quale luogo sono situate le emorroidi.

Voi potete incidere, asportare, cucire, riscaldare, corrodere l'ano, tutte operazioni che sembrano essere le più terribili, senza causare danno. Vi raccomando di munirvi di sette o otto ferri, lunghi una spanna, spessi come una forte sonda, curvi all'estremità ed aventi a questa estremità uno schiacciamento come un piccolo obolo.

Il giorno prima dell'operazione purgate il paziente; il giorno in cui intraprenderete la cauterizzazione, lo farete coricare sul dorso con un guanciaie sotto i lombi; ... voi riconoscerete le emorroidi senza difficoltà: esse fanno una sporgenza nell'interno del retto come dei chicchi di uva, ...

Degli aiutanti terranno il paziente, durante la cauterizzazione, per la testa e le mani, al fine che egli non si muova.

Egli urlerà durante l'operazione, ... Dopo l'operazione, avrete delle lenticchie e dell'ervo bollito ... e li applicherete in cataplasmi intorno al quinto o sesto giorno.”

(Ippocrate: “Libro sulle Emorroidi”)



B

A

Rectal Speculum

A. artifacts00212
6.125 in / 15.6 cm

B. artifacts00213
7.125 in / 18.1 cm



A

B

Tile Cautery

A. artifacts00204
9.875 in / 25.1 cm

B. artifacts00204
10.625 in / 27cm

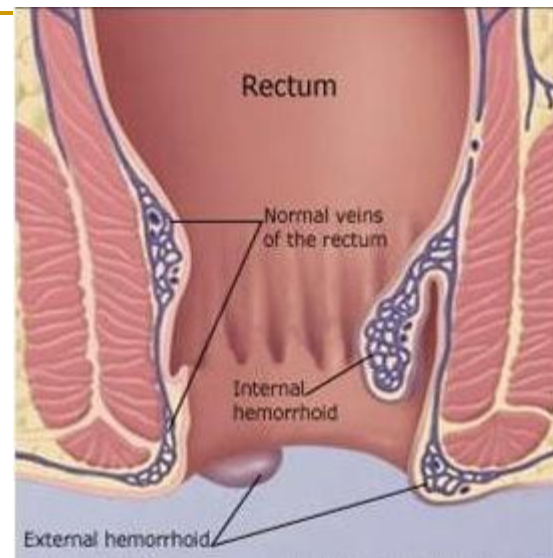


STORIA DELLE EMORROIDI.htm

CLASSIFICAZIONI DELLE EMORROIDI

La classificazione in gradi più usata per la valutazione della gravità della malattia emorroidaria è la seguente:

- **I grado:** sanguinano ma non prollassano;
- **II grado:** prollassano durante lo sforzo defecatorio ma rientrano spontaneamente;
- **III grado:** il prollasso emorroidario deve essere riposizionato manualmente nell'ano;
- **IV grado:** il prollasso emorroidario è permanentemente esterno e non può essere riposizionato manualmente all'interno del canale anale.



Fisiopatologia e clinica

Le emorroidi sono dei **cuscinetti vascolari** che occupano lo strato sottomucoso a livello della giunzione ano-rettale (linea dentata).

Da questa posizione tali strutture, seguendo una direzione longitudinale, iniziano il loro decorso verso il basso, costituendo, in primis, la parte profonda della parete del canale anale e ricoprendo, più caudalmente, a livello della cute perianale, la parte sottocutanea dello sfintere anale esterno.

All'altezza del canale anale il tessuto emorroidario, anziché formare un anello di tessuto vascolare continuo (come a livello della linea dentata), è organizzato in tre distinte strutture macroscopiche.

Tali strutture sono in genere posizionate in sede laterale sinistra, anteriore destra e posteriore destra (nel paziente esaminato in posizione ginecologica).

I cuscinetti emorroidari sono costituiti istologicamente da una **trama di tessuto connettivo lasso che sostiene il tessuto vascolare**.

Le anastomosi artero-venose, che mettono in comunicazione il sistema arterioso con quello venoso, si organizzano a formare un'ampia rete di vasi comunicanti.

I plessi emorroidari hanno come **principale funzione** quella di **drenare il sangue arterioso della regione anale e del terzo distale del retto.**

Una seconda funzione di notevole interesse clinico è di essere un **importante meccanismo coadiuvativo nella continenza fecale.** Quest'ultima funzione si esplica sia per la proprietà che il tessuto vascolare ha di cambiare in modo dinamico la sua forma e di adattarsi perfettamente fino a sigillare l'orifizio anale, sia contribuendo nel 15-20% alla pressione sfinteriale a riposo.

La terza proprietà che rende il plesso emorroidario necessario alla continenza fecale è quella di essere la **sede della sensibilità esteroceettiva discriminativa.** Infatti, la mucosa e l'anoderma che ricoprono il tessuto vascolare possiedono recettori necessari per discriminare se il contenuto fecale è solido o liquido o per avvertire la presenza di gas: requisito necessario per la continenza qualora il momento non fosse socialmente idoneo.

Non esiste ancora un accordo unanime sull'eziopatogenesi del prolasso emorroidario.

Studi di genetica molecolare sono stati condotti al fine di valutare il **ruolo dell'ereditarietà**. Fino ad oggi, però, si è trovata solo una generica predisposizione allo sviluppo della sintomatologia clinica in soggetti appartenenti a famiglie che presentano una prevalenza della patologia emorroidaria superiore alla popolazione generale.

Altri fattori, come **la stipsi, la diarrea, lo scarso apporto quotidiano di fibre, gli sforzi evacuativi intensi e prolungati, l'ascite, la gravidanza, lo presenza di masse pelviche (che aumentano la pressione endoaddominale)** sono state chiamate in causa e si ritiene che possano contribuire allo sviluppo della patologia.

Dal punto di vista **fisiopatologico**, sono state proposte alcune teorie per cercare di spiegare la genesi del prolasso emorroidario. Anche in questo caso, sono stati segnalati diversi fattori che potrebbero potenzialmente contribuire al prolasso dei cuscinetti emorroidali ma non è ancora stato definito se queste alterazioni siano secondarie alla formazione del prolasso o se si tratti di fattori favorenti.

Le teorie più accreditate sulla genesi del prolasso emorroidario sono due: la teoria proposta da **Thomson nel 1975** e quella di **Longo del 1998**. Secondo il primo autore la condizione necessaria e sufficiente per la formazione del prolasso emorroidario è costituita dalla **rottura del legamento sospensore (legamento di Parks) dei cuscinetti emorroidari**. Tale struttura legamentosa sospende fisiologicamente i plessi emorroidari prevenendone lo scivolamento eccessivo durante gli sforzi evacuativi. Secondo Longo, il cedimento di tale struttura è sì causa necessaria alla formazione di tale prolasso ma non sufficiente affinché si verifichi tale discesa. Infatti, sempre secondo Longo, **questa è sempre preceduta dalla formazione di un prolasso rettale**. Questo concetto è alla base della rivoluzione in chiave fisiopatologica di questa malattia: l'aver attribuito al prolasso rettale, sia esso mucoso o a tutto spessore (intussuscezione), il ruolo di primo attore nella genesi del prolasso emorroidario.

sintomi con cui la patologia emorroidaria si manifesta possono essere suddivisi in tre categorie: **classici, da ostruita defecazione e da incontinenza fecale.**

I sintomi classici sono la **proctorragia** (che frequentemente coincide o segue un atto evacuativo), **il bruciore anale, il prurito, la perdita di muco e la sensazione di ano umido.** Il dolore anale nelle fasi stazionarie non è mai elevato mentre raggiunge gradi di elevata intensità nelle complicanze acute della patologia emorroidaria. I sintomi da **ostruita defecazione** possono essere causati dall'impedimento meccanico del prollasso stesso durante la dinamica defecatoria o da mancato rilassamento dello sfintere anale interno per spasmo sfinteriale associato. I sintomi da incontinenza fecale che subentrano di solito negli stati più avanzati della patologia emorroidaria comprendono, oltre al **soiling**, una vera e propria perdita di materiale fecale.

Le complicanze della patologia emorroidaria si classificano accademicamente in acute e croniche. Quelle **acute** sono la **trombosi, l'ulcerazione e lo strangolamento del prollasso emorroidario.** Quelle **croniche** sono l'alterazione degenerativa della cute che ricopre il plesso emorroidario esterno con formazione delle caratteristiche marische cutanee (**skin tags**).

CLASSIFICAZIONE DELLE EMORROIDI

| | | |
|----------------------|--|--|
| <p>Grado I</p> | <p>Sintomi sanguinamento fastidioso</p> | <p>Segni Le emorroidi sono visibili alla proctoscopia e possono protrudere sotto sforzo, ma non sono prolapsate</p> |
| <p>Grado II</p> | <p>Sintomi + secrezioni/ prurito</p> | <p>Segni Prolasso visibile sul margine anale sotto sforzo, con riduzione spontanea al termine dello sforzo</p> |
| <p>Grado III</p> | <p>Sintomi + sciling</p> | <p>Segni Il prolasso deve essere ridotto manualmente</p> |
| <p>Grado IV</p> | <p>Sintomi + dolore</p> | <p>Segni Prolasso irriducibile</p> |



Foto 31



Foto 32



Foto 33



Foto 34



i medici quando devono definire e quindi valutare la gravità di un paziente con malattia emorroidaria si basano su una classificazione della malattia **obsoleta.**

PATE 2006 (revisione della PATE 2000 SORRENTO)

prende in considerazione:

- tutti i **parametri anatomici della malattia** (*numero completo di noduli presenti all'interno ed all'esterno del canale anale, eventi acuti, tono sfinteriale*)

consente

-l'analisi **della qualità di vita**

- l'analisi della **gravità dei sintomi** del paziente.

-consente di esprimere una **definizione della malattia accurata e precisa** in base alla quale quasi sempre è possibile scegliere non solo l'eventuale trattamento medico, ma anche quello chirurgico

IMPORTANZA DI UNA CLASSIFICAZIONE PRECISA

Una migliore conoscenza della malattia emorroidaria unitamente alle sempre più sofisticate acquisizioni tecnologiche hanno determinato, negli ultimi anni, il proliferare di **nuove metodiche** terapeutiche che hanno reso più complessa ed articolata la scelta della soluzione più efficace da parte del medico per ogni singolo paziente.

La correzione della eccedenza mucosa mediante **suturatrice meccanica**, **l'utilizzo di bisturi ad alta frequenza ed il sistema di trattamento della malattia mediante doppler guidato**, hanno modificato significativamente le **classiche indicazioni per il trattamento medico e/o chirurgico delle emorroidi**.

Tutto ciò sta determinando notevole confusione nell'approccio diagnostico e terapeutico della malattia emorroidaria con conseguente maggiore discomfort per il paziente ed un troppo disinvolto impiego delle risorse sanitarie.