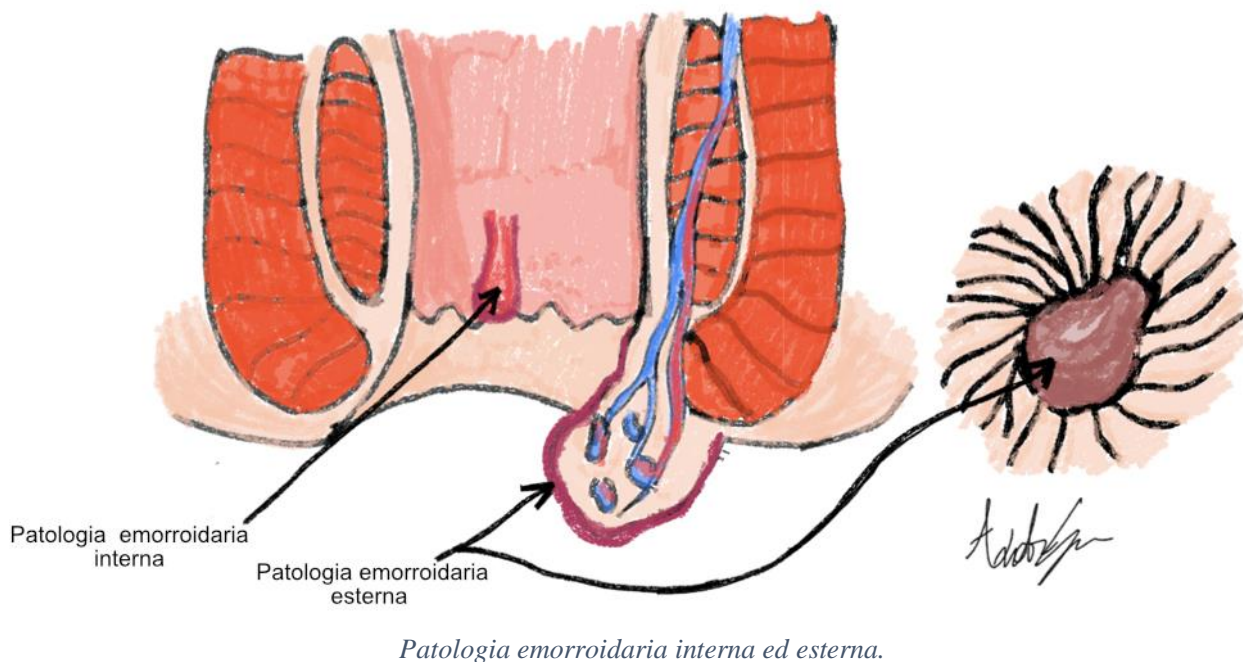


Emorroidi / La patologia emorroidaria



Ho bruciore, prurito, fastidio vicino all'ano... Ho una sensazione di una nocciola, un'oliva o perfino di un mandarino, che a volte rientra a volte no... Sono questi i sintomi della patologia emorroidaria.

Che cosa sono le emorroidi?

Le emorroidi sono dei cuscinetti normalmente presenti nel canale anale. All'interno di questi cuscinetti, ricoperti da mucosa, si trovano numerosi vasi sanguigni che si intrecciano formando dei plessi. La loro funzione è contribuire al meccanismo della continenza, gonfiandosi e sgonfiandosi in risposta al maggior o minor afflusso di sangue.

Quando questi cuscinetti perdono il loro tono o prollassano verso l'esterno, diventano patologici, causando i disturbi di cui abbiamo parlato sopra.

È una patologia frequente, colpisce il 4% della popolazione soprattutto tra i 45 e i 65 anni.

Inoltre, è la patologia più cercata dagli utenti nei motori di ricerca internet.

Quali sono i sintomi della patologia emorroidaria?

I disturbi avvertiti possono essere diversi e in varie combinazioni:

- sensazione di bruciore o prurito
- fastidio
- dolore
- sensazione di un corpo estraneo perianale, che può essere delle dimensioni di una pallina/nocciola/oliva
- sanguinamento dall'ano (rettorragia in termini tecnici)

Le **complicanze** sono rare e solitamente dovute:

- al sanguinamento, sia esso sia acuto e molto profuso o cronico anche se lieve, con conseguente perdita di ferro e di globuli rossi.
- alla trombosi avanzata con gangrena del rivestimento superficiale delle emorroidi.
- Dolore acuto o cronico

Quali sono le cause?

Sono diversi i meccanismi che portano alla malattia emorroidaria:

A) L'aumento della pressione addominale, che provoca una compressione dei vasi venosi tributari delle emorroidi e quindi una stasi venosa nel gavocciolo.

Questo meccanismo è proprio della:

- **Stipsi**, che è la causa in assoluto più frequente e maggiormente conosciuta.
- **Gravidanza**
- **Adenoma prostatico**

B) La debolezza vascolare o all'irritazione dei vasi, che è caratteristico di:

- **Condizioni ereditarie**, debolezza vascolare presente anche nei parenti stretti, tipica di soggetti che hanno anche le vene varicose o altre patologie dei vasi venosi.
- **Assunzione di cibi molto speziati, caffè, alcool e fumo**: causano infiammazioni/alterazioni della circolazione sanguigna, soprattutto in alcuni punti del nostro corpo, tra cui le emorroidi.

Diagnosi della patologia emorroidaria

Solitamente, una **visita** con lo specialista **coloproctologo** e l'esecuzione di un'anoscopia sono sufficienti per diagnosticare la patologia.

In presenza di **sanguinamento**, è consigliata l'esecuzione di una **colonscopia** (soprattutto in caso di fattori di rischio, età avanzata, ecc..) per escludere l'origine del sanguinamento in altre sedi del tratto intestinale.

Durante l'anoscopia, un esame mirato a visualizzare l'interno del canale anale, è possibile osservare i cuscinetti emorroidari infiammati, comunemente chiamati **gavoccioli**.

A seconda della **gravità** la patologia può essere di:

I° Grado: il gavocciolo è di piccole dimensioni e confinato all'interno del canale anale.

II° Grado: il gavocciolo appare di discrete dimensioni e tende a scendere verso l'esterno (prolassare) durante la spinta, ma rientra nel canale anale spontaneamente.

III° Grado: il gavocciolo tende a prolassare verso l'esterno (soprattutto durante la spinta o la defecazione) e rientra nel canale anale solo dopo riduzione manuale.

IV° Grado: il gavocciolo è prolassato in modo persistente all'esterno e non può essere ridotto nel canale anale.

Trattamento della patologia emorroidaria?

L'approccio terapeutico dipende dai sintomi, dal grado delle emorroidi e dalle preferenze condivise tra il chirurgo e il paziente.

Il **primo trattamento** da mettere in atto, soprattutto se in presenza di una crisi acuta è quello **medico** (uso di flebotonici per bocca, lassativi, prodotti topici e antidolorifici).



In caso di patologia persistente o recidivante o a mancata risposta al trattamento medico è indicato un approccio chirurgico.

Nel **II° grado** possono essere proposti i seguenti trattamenti ambulatoriali o poco invasivi:

- **Legatura elastica:** in ambulatorio, durante un'anoscopia, il gavocciolo viene "strangolato" con un elastico. Così facendo, si impedisce l'afflusso di sangue e l'emorroide diventa sclerotica e di piccole dimensioni.

COMPLICANZE: sanguinamento che si autolimita, dolore in alcuni casi.

TASSO DI RECIDIVA: elevato

- **Scleroterapia:** in ambulatorio, viene iniettata una schiuma irritante (sclerosante) all'interno del gavocciolo emorroidario in modo da ridurre l'afflusso di sangue e causarne la parziale o totale scomparsa. La procedura viene eseguita soprattutto in caso di sanguinamento emorroidario.

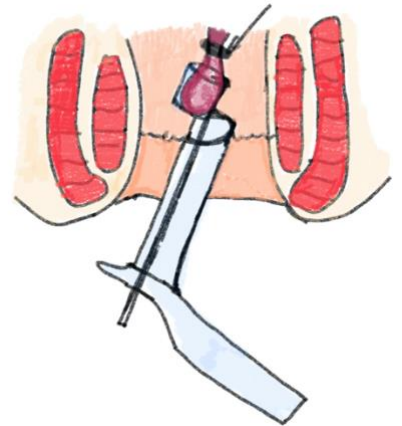
COMPLICANZE: raramente dolore, sanguinamento autolimitante.

TASSO DI RECIDIVA: elevato.

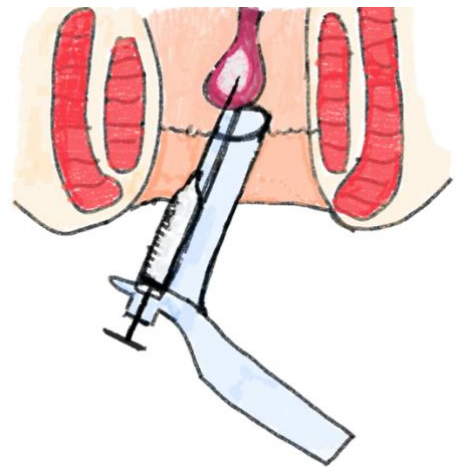
- **Terapia laser (HeLP):** in sala operatoria, durante un'anestesia locale/spinale, viene eseguita una coagulazione laser del gavocciolo emorroidario.

COMPLICANZE: raramente dolore, sanguinamento autolimitante

TASSO DI RECIDIVA: non trascurabile nei gradi avanzati (3°-4° grado).



Legatura elastica



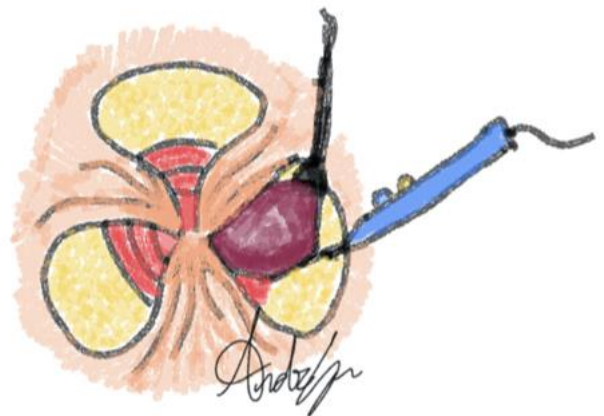
Scleroterapia

Nel **III°-IV° grado** l'intervento si svolge solitamente in sala operatoria in regime di Day-hospital (dimissione nel pomeriggio dell'intervento) o con un ricovero di 1 notte in caso di fattori di rischio anestesilogico.

- **Emorroidectomia sec Milligan Morgan:** intervento più noto. Consiste nell'asportazione con l'uso di elettro-bisturi o strumenti ad alta energia (Ligasure, Thunderbeat, Ultracision...) dei gavoccioli emorroidari principali. Garantisce quindi l'eradicazione della malattia. Una volta era una tecnica gravata da un elevato dolore post-operatorio, oggi sia per l'uso degli strumenti ad alta energia che per le migliori terapie antidolorifiche non è più così.

COMPLICANZE: dolore (molto ridotto rispetto al passato), sanguinamento post-operatorio, raramente stenosi anale e incontinenza fecale.

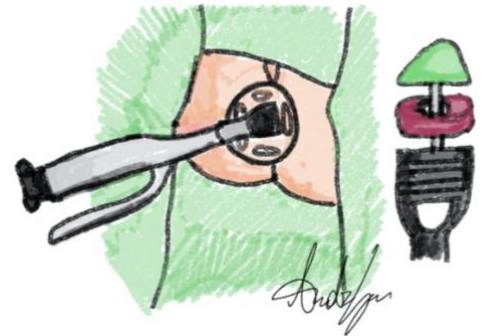
TASSO DI RECIDIVA: molto basso.



Emorroidectomia sec. Milligan Morgan

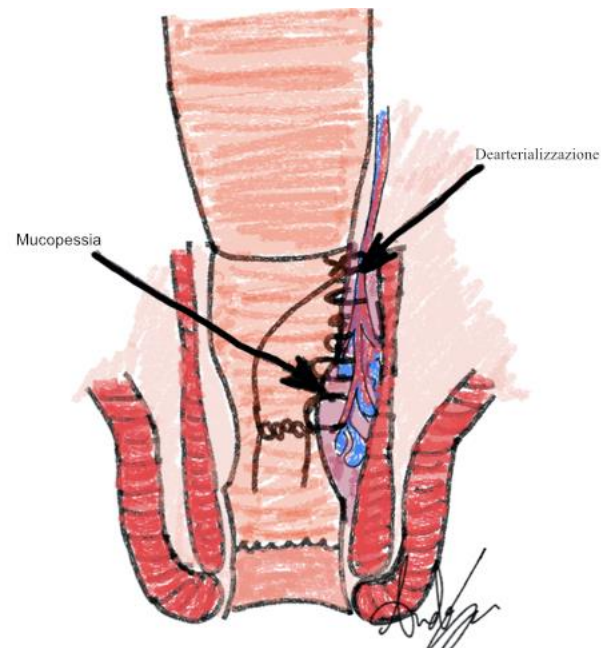
- **Emorroidectomia sec. Ferguson:** simile alla Milligan Morgan, consiste nell'asportazione del gavocciolo, ma stavolta viene chiusa la ferita sede di escissione.
COMPLICANZE: dolore (molto ridotto rispetto al passato), sanguinamento post-operatorio, molto raramente stenosi anale e incontinenza anale.
TASSO DI RECIDIVA: basso.

- **Mucoprolassectomia meccanica sec. Longo:** consiste nell'asportazione di un cilindro di mucosa rettale per via transanale mediante una suturatrice meccanica (PPH). Questo permette di "sollevare" verso l'alto il tessuto emorroidario, eliminando così il prolasso e migliorando la circolazione sanguigna nel gavocciolo. È particolarmente indicata nei pazienti con sindrome da defecazione ostruita, prolasso rettale e iposensibilità rettale (tolleranza di grandi volumi di feci all'interno dell'ampolla rettale).
COMPLICANZE: raramente dolore cronico, sanguinamento post-operatorio, urgenza post-operatoria (solitamente regredisce in alcuni mesi, ma a volte può persistere e diventare cronica).
TASSO DI RECIDIVA: basso.



Prolassectomia meccanica sec. Longo

- **Dearterializzazione e mucopessia (THD):** tecnica che consiste in due fasi. Nella prima sotto guida doppler vengono posti dei punti per chiudere i vasi che entrano nei gavoccioli emorroidari. Nella seconda fase, invece, viene eseguita una sospensione della mucosa portando il tessuto emorroidario verso l'alto mediante una sutura riassorbibile.
COMPLICANZE: tenesmo post-operatorio, raro sanguinamento post-operatorio.
TASSO DI RECIDIVA: basso.



Dearterializzazione e mucosospensione

BIBLIOGRAFIA

Altomare DF, Rinaldi M, La Torre F, Scardigno D, Roveran A, Canuti S, Morea G, Spazzafumo L. Red hot chili pepper and hemorrhoids: the explosion of a myth: results of a prospective, randomized, placebo-controlled, crossover trial. *Dis Colon Rectum*. 2006 Jul;49(7):1018-23.

Davids, J.S., Ridolfi, T.J. (2022). Hemorrhoids. In: Steele, S.R., Hull, T.L., Hyman, N., Maykel, J.A., Read, T.E., Whitlow, C.B. (eds) *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-66049-9_11

Herold, A. (2017). Anorectal Abscess and Fistula. In: Herold, A., Lehur, PA., Matzel, K., O'Connell, P. (eds) *Coloproctology. European Manual of Medicine*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53210-2_6

Kheng-Seong Ng, Melanie Holzgang, Christopher Young. Still a Case of “No Pain, No Gain”? An Updated and Critical Review of the Pathogenesis, Diagnosis, and Management Options for Hemorrhoids in 2020. *Ann Coloproctol*. 2020;36(3):133-147.

Marti, MC. (1990). Hemorrhoids. In: Marti, MC., Givel, JC. (eds) *Surgery of Anorectal Diseases*. Springer, Berlin, Heidelberg.