

Collana Mono
1.

UPDATES IN SURGERY

LE MALATTIE PROCTOLOGICHE

Fisiopatologia e semeiotica

a cura di

Luigi Giuseppe Angiò

in collaborazione con

Enrico Piazzese - Vincenzo Pacilè

Milena Lauretta - Paola Viggiani

Annunziata Bonsignore - Francesco Fiumara - Maria Licursi

M.G.E.

MELIGRANA GIUSEPPE EDITORE



*Le malattie proctologiche – Fisiopatologia e semeiotica
a cura di Luigi Giuseppe Angiò
Collana Mono. 1*

Copyright © Meligrana Giuseppe Editore, 2008
Copyright © Luigi Giuseppe Angiò
Tutti i diritti riservati

Meligrana Giuseppe Editore
Via della Vittoria, 14
89861 - Tropea (VV)
Tel. (+39) 338 6157041
www.meligranaeditore.com
info@meligranaeditore.com

I edizione: settembre 2008
ISBN: 978-88-95031-20-0

L'editore e gli autori ringraziano gli aventi diritto che non sono riusciti a raggiungere e si dichiarano disponibili nei loro confronti per la corresponsione dei diritti.

AUTORI

(in ordine alfabetico)

Prof. Luigi Giuseppe Angiò

Titolare della Cattedra di Chirurgia d'Urgenza e di Pronto Soccorso e Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

Dott.ssa Annunziata Bonsignore

Assistente Medico in formazione specialistica - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

Dott. Francesco Fiumara

Assistente Medico in formazione specialistica - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

Dott.ssa Milena Lauretta

Assistente Medico in formazione specialistica - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

Dott.ssa Maria Licursi

Assistente Medico in formazione specialistica - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

Dott. Vincenzo Pacilè

Dirigente Medico di I livello - IRCCS Policlinico San Donato di San Donato Milanese.

Dott. Enrico Piazzese

Dirigente Medico di I livello - Casa di Cura San Camillo di Messina

Dott.ssa Paola Viggiani

Assistente Medico in formazione specialistica - Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I - Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina.

PREFAZIONE

La proctologia è la branca specialistica della chirurgia generale che si occupa delle malattie, per la maggior parte benigne, dell'ano e del retto che, sottaciute per pudore e sottostimate quanto a impatto sociale, sono state considerate per lungo periodo di tempo di scarso interesse, anche perché il loro trattamento era ritenuto di poco prestigio e causa di molti problemi per il paziente e per il medico.

Nata con ritardo e sviluppatasi stentatamente in Italia rispetto agli altri paesi europei, la giovane disciplina ha fatto non indifferenti progressi e ha raggiunto, soprattutto nei settori applicativi della malattia emorroidaria, della ragade, degli ascessi-fistolosi, dei disordini funzionali del pavimento pelvico (sindrome del perineo discendente, sindrome da defecazione ostruita - prollasso mucoso interno, contrazione paradossa del muscolo puborettale, rettocele -) e dell'incontinenza fecale, risultati estremamente positivi con guarigione completa della condizione morbosa e rispetto o ripristino dell'integrità anatomica e/o funzionale dell'apparato sfinteriale.

Tutto ciò è stato possibile per la specifica competenza professionale acquisita dai proctologi, la cui figura ha assunto oggi la dovuta dignità, e per la più precisa definizione anatomo-clinica e la più accurata interpretazione fisiopatologica delle varie manifestazioni morbose, l'una e l'altra ottenute affiancando al metodo clinico - laddove necessario nel contesto di un approccio multidisciplinare con l'integrazione delle competenze del proctologo, dell'urologo e del ginecologo - l'impiego delle nuove tecniche di diagnostica per immagini (dall'ultrasonografia endoanale alla RMN pelvi-perineale) e delle metodiche di diagnostica morfofunzionale (dalla manometria anorettale alla defecografia, dalla defeco-TC alla defeco-RMN, dall'elettromiografia anale alla valutazione del tempo di latenza motoria del nervo pudendo).

Non vanno, comunque, tralasciati gli importanti risultati conseguiti contestualmente nel settore delle patologie proctologiche neoplastiche.

1.

FISIOPATOLOGIA E SEMEIOTICA FISICA E FUNZIONALE DEL PERINEO E DEL CANALE ANALE

Le patologie proctologiche di tipo non neoplastico (malattia emorroidaria, ragade, ascessi-fistolosi, ecc.) sono di frequente riscontro nella popolazione generale: 3-4 persone su 10 lamentano, almeno una volta nella vita, disturbi a esse secondari, i quali, pur essendo di natura benigna, sono fonte di cronico disagio psico-fisico e hanno notevole rilevanza per costo sociale in termini sia di spesa per l'assistenza sanitaria sia di riduzione dell'attività lavorativa. Fortunatamente meno comuni sono le affezioni anorettali neoplastiche.

1.1 FISIOLOGIA DELLA CONTINENZA ANALE E DELLA DEFECAZIONE

La continenza anale (*capacità di discriminare lo stato fisico delle feci, di rinviarne volontariamente l'evacuazione in situazioni - luoghi, tempi e modi - socialmente accettabili, di mantenere il controllo notturno dell'alvo*), regolata dall'interazione coordinata di numerosi meccanismi volontari e involontari, si fonda, oltre che sulla funzione capacitiva del sig-

ma¹ e sulla normale soglia di sensibilità del retto, sull'integrità dell'apparato sfinterico - ivi compresa l'innervazione - e della mucosa della metà inferiore del canale anale, dotata di sensibilità e di capacità discriminativa nei riguardi del bolo fecale.

In condizioni di riposo la continenza fecale è garantita, in particolare, dalla zona di alta pressione del canale anale (58 +/- 14 mmHg), sostenuta per l'80% dal tono del muscolo sfintere interno (MSI) e per il 20% da quello basale (presente durante veglia e sonno) del muscolo sfintere esterno (MSE) e del muscolo puborettale (MPR); essa, estesa per 3-5 cm dal margine anale e con picco a 1-2 cm da questo, chiude il canale anale, costituisce un'efficace barriera contro la pressione rettale (0-20 mmHg) e impedisce l'involontaria fuoriuscita di pur minime quantità di gas. Contribuiscono al mantenimento della continenza fecale, rafforzando il controllo sfinteriale, l'angolo di circa 90° tra ampolla rettale e canale anale (ARA) e la concomitante "flap valve" (*collabimento della parete anteriore del retto alla sommità del canale anale*), entrambi mantenuti dall'attività di contrazione tonica del MPR.

Il tono sfinteriale e gli altri meccanismi di continenza si adattano ai cambiamenti posturali (stazione eretta) e agli aumenti della pressione endoaddominale (PEA) (tosse, riso, sollevamento pesi, ecc.), ma soprattutto alla distensione e all'aumento della pressione del retto, "primum movens" della defecazione (*atto riflesso, compiuto sotto il controllo della volontà, dell'emissione del bolo fecale dall'ano*).

Una o più volte al giorno (al mattino - al passaggio dal clinostatismo all'ortostatismo o all'elicitazione del riflesso gastrocolico al primo caffè, alla prima sigaretta - e/o nel primo pomeriggio) movimenti involontari propulsivi di massa del colon sn e un meccanismo di raddrizzamento e invaginazione del sigma nel retto determinano il rapido passaggio del bolo fecale dal serbatoio sigmoideo all'ampolla rettale, il cui lume si distende e soggiace a un incremento pressorio (50 mmHg).

La distensione e l'iperpressione rettale, per il tramite dei recettori parietali e di quelli presenti nei tessuti perirettali e nei muscoli elevatori dell'ano (MEA), evocano la sensazione cosciente di defecazione e inducono il temporaneo rilasciamento dei $\frac{3}{4}$ prossimali del MSI (riflesso inibitorio rettoanale - RIRA -) con dilatazione e riduzione della pressione del relativo segmento del canale anale; dopo pochi secondi il muscolo si ricontrae. Simultaneamente e sempre per effetto della distensione rettale, il MSE si contrae transitoriamente, soprattutto nella sua parte distale (riflesso eccitatore rettoanale - RERA -), per rilasciarsi subito dopo. L'apertura del

¹ La funzione di "reservoir" del sigma è condizionata dall'angolo sigma-retto, dallo "sfintere aperto" - attività segmentaria del giunto sigma-retto che aumenta le resistenze endoluminali e impedisce la progressione in senso caudale delle feci solide, non delle liquide - e dalle valvole di Houston.

canale anale consente al bolo fecale di venire in contatto con l'anoderma, dotato della capacità di percepirne, cioè di portare a livello di coscienza, la presenza (stimolo defecatorio iniziale) e di discriminarne lo stato fisico (gas, feci liquide, feci solide), in verità anche incoscientemente essendo possibile emettere flati durante il sonno. È compito, invece, della fugace contrazione del MSE prevenire la perdita involontaria del bolo fecale pervenuto al canale anale.

Con il crescere della distensione rettale il RIRA è più accentuato e il periodo di tempo richiesto per il parziale recupero del preesistente tono del MSI è più lungo. Alla distensione massimale (200-300 cc) l'inibizione dello stesso muscolo è completa, il suo recupero è nullo (stimolo defecatorio urgente) e la defecazione, se il momento non è adatto, può essere impedita soltanto con la contrazione volontaria² del MSE e del MPR che, aumentando la pressione endoanale (90 +/- 69 mmHg), rendendo più acuto (75°-80°) l'ARA e più efficace la "flap valve", sollevando il piano perineale e allungando il canale anale, garantisce la continenza per il tempo necessario affinché il bolo fecale risalga nel retto e non stimoli più i recettori del canale anale con scomparsa dell'urgenza defecatoria e affinché l'esaurimento dell'onda propulsiva colica e l'adattamento e il rilassamento della parete del retto (aumento della compliance ampollare) ne riportino la pressione ai valori basali e sopprimano la sensazione di ripienezza dell'ampolla e lo stimolo. Ulteriori aumenti della pressione endoretale portano al rilasciamento del MSE.

Se, viceversa, si ritiene di dare risposta all'urgenza defecatoria, due sono i meccanismi per iniziare lo svuotamento dell'alvo:

1. se si sta dominando il bisogno evacuativo con la contrazione volontaria, basta rinunciare a tale controllo e assecondare lo stimolo (rilassamento del MSE e del MPR) per emettere feci in modo naturale;

2. se la necessità di defecare è già passata, la combinazione della contrazione volontaria dei muscoli del torchio addominale e del diaframma a glottide chiusa (→ aumento della PEA) con il rilassamento del MSE e del MPR assicura da un lato un ulteriore aumento della pressione endoretale e dall'altro lato la caduta di quella endoanale, l'ampliamento dell'ARA (130°-140°) e l'apertura della "flap valve", l'abbassamento del piano perineale e l'accorciamento del canale anale, meccanismi questi che, operando in sinergia, favoriscono l'evacuazione.

² La contrazione volontaria del MSE e del MPR si mantiene al massimo dell'intensità per 40-60 sec; declina poi verso i valori basali in circa 3 minuti.

Utile è in ogni caso l'assunzione della posizione di "squatting" (= cosce flesse a 90° e compresse contro la porzione inferiore dell'addome), che contribuisce a elevare la PEA e a raddrizzare l'ARA.

Iniziato l'atto defecatorio si possono verificare due evenienze, correlate alle abitudini individuali e alla consistenza fecale:

1. evacuazione in unico movimento;
2. evacuazione frazionata con ponzamenti ripetuti.

L'attività della muscolatura volontaria, inibita durante la defecazione, riprende dopo che gran parte del bolo fecale è passata attraverso il canale anale e consente di completare l'evacuazione e di ripulire quest'ultimo.

1.2 VALUTAZIONE CLINICA

In proctologia, come in altre specialità, la prima tappa della valutazione clinica è una scrupolosa indagine anamnestica. Questa, però, non esistendo una fenomenologia sintomatologica specifica di ciascuna patologia anorettale e appartenendo le varie manifestazioni cliniche che portano il paziente a sottoporsi a visita specialistica a più malattie, ha nella maggior parte dei casi un semplice valore orientativo. La diagnosi, pertanto, non può essere espressa se non dopo attento esame fisico proctologico, completato all'occorrenza da indagini laboratoristiche e strumentali, la valutazione dei cui reperti va correlata ai dati clinici.

1.2.1 ANAMNESI

ANAMNESI FAMILIARE - Va ricercata un'eventuale storia familiare di diabete mellito, malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), neoplasie colon-rettali e anali, proctopatie.

ANAMNESI PERSONALE FISIOLOGICA - Devono essere valutati in particolare:

- il regime dietetico (*correttezza quantità di cibo/liquidi/scorie; regolarità; eventuale recente modifica*) e l'uso di alcolici, superalcolici, caffè, sigarette;
- l'ambiente familiare e lo stile di vita: attività lavorativa (*ritmi frenetici e lavori faticosi o stressanti*); sport esagerati; sedentarietà; allettamento; recenti viaggi in paesi tropicali o subtropicali con alta incidenza di infestazioni parassitarie; abitudini al-

vine; abitudini sessuali, ivi compresa l'esistenza di una qualche forma di erotismo anale;

- l'assunzione attuale di farmaci e la storia ginecologico-ostetrica (*rapporto mestruazioni/proctopatia; rapporto gravidanze/proctopatia; interventi ginecologici; parti: durata del travaglio, lacerazione, uso del forcipe, episiotomia*).

ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA REMOTA - Importante è la raccolta dei dati relativi a: 1. pregressi traumi perineali, affezioni/interventi chirurgici addomino-pelvici e anorettali, radioterapia pelvica; 2. concomitanti malattie (*gastrointestinali, neurologiche centrali e/o periferiche, psichiatriche, muscolari, connettivali, endocrine, metaboliche*), intolleranze alimentari (*celiachia*), allergie a farmaci.

ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA PROSSIMA - I sintomi rivelatori di malattia proctologica sono numerosi e tra loro associati. Menzioniamo i più comuni, dei quali è importante precisare i caratteri.

a) DOLORE - Rappresenta il 50,5% dei motivi di consulto proctologico. Per un'ottimale sua definizione sono da considerare i seguenti parametri: epoca d'insorgenza, frequenza (*raro, occasionale, frequente, costante, imprecisato, variabile*), ultimo episodio, sede e irradiazione (*anoperianale, rettale, al sacro, al coccige, al pavimento pelvico*), periodicità (*diurno, notturno*), durata, intensità (*lieve, moderato, forte*), rapporto con la defecazione (*isolato, concomitante o successivo*), associazione con altri sintomi, stazionarietà/miglioramento/aggravamento, tipologia (Tabella n. 1).

TABELLA N. 1

Tipo di dolore	Patologie causali
Urente	Lesioni cutanee da grattamento - Malattie dermatologiche/veneree - Ragade - Trombosi emorroidaria esterna ulcerata - Neoplasia anale ulcerata - Anite - Papillite - Criptite
Crampiforme	Ragade - Anite - Papillite - Criptite
Puntorio	Ascesso-fistoloso - Trombosi emorroidaria esterna - Neoplasia anale
Gravativo	Massa retto che appoggia sui MEA o sull'imbocco del canale anale - Massa canale anale prossimale - Emorroidi interne vario grado +/- complicanze - Prolasso mucoso occulto - Ulcera solitaria retto - Prolasso rettale completo

Un approfondimento meritano le algie anorettali essenziali, cioè quei dolori della sfera anorettale senza cause proctologiche svelabili all'esame obiettivo (Tabella n. 2).

TABELLA N. 2

Algie anorettali essenziali	Caratteristiche del dolore
Proctalgia fugax	Insorge improvvisamente nella prima metà della notte; è crampiforme e insopportabile; ha sede rettale con irradiazione al piano osseo posteriore e/o alla fossa iliaca sn; si può associare a sincope e tenesmo rettale; è di breve durata (pochi secondi - 15/30 minuti) con scomparsa graduale senza reliquati
Coccigodinia	Insorge spesso a fine giornata; è ritmato dalla defecazione o dalla posizione seduta; è puntorio o gravativo o crampiforme, non molto intenso; ha sede sacrococcigea o rettoanale con spasmo dei MEA e irradiazione a natiche/genitali/arti inferiori/coccige; si può associare a tenesmo rettale; è di lunga durata e angosciante
Nevralgia anorettale	Insorge spesso a fine giornata; è gravativo/urente, non molto intenso, si accentua alla defecazione o in posizione seduta/ortostatismo o con la deambulazione/l'affaticamento; ha sede non ben precisata (anale/rettale, superficiale/profondo/diffuso, irradiato a natiche/genitali/perineo/inguini/arti inferiori); persiste per ore e cessa alla defecazione

b) RETTORRAGIA - L'emissione di sangue dall'ano rappresenta il 41.7% dei motivi di consulto proctologico. L'analisi preciserà le seguenti peculiarità:

1. epoca d'insorgenza (*da più di 12 mesi o da pochi mesi, settimane, giorni*), frequenza degli episodi e epoca dell'ultimo episodio (*a 1-2 gg dal sanguinamento è impossibile riconoscerne l'origine*);
 2. modalità di presentazione:
 - quantità: minima - *macchia la biancheria intima o la carta igienica* -; media - *a gocce o a spruzzo nel water* -; abbondante - *in modo continuo con/senza coaguli* -;
 - colore: rosso scuro - *se proviene dal colon* -; rosso rutilante - *se proviene dal retto o dal canale anale* -;
 - correlazione o meno con la defecazione: sanguinamento isolato (*scariche ematiche afecali*), simultaneo alla defecazione (*scariche fecali ematiche*) - *il sangue proviene dal colon o dal retto superiore ed è frammisto alle feci ovvero proviene dal retto inferiore o dal canale anale e vernicia il bolo fecale* -; successivo a essa;
 3. sintomi connessi: addominalgia, turbe del transito e emissione sieromucosa (RCU, Crohn, diverticolite, neoplasia sigma-retto, dissenteria), dolore ano-perianale (trombosi emorroidaria esterna, ragade).
- Numerose le affezioni responsabili (Tabella n. 3).