

## Ragadi anali: dall'eziopatogenesi alle nuove prospettive di cura



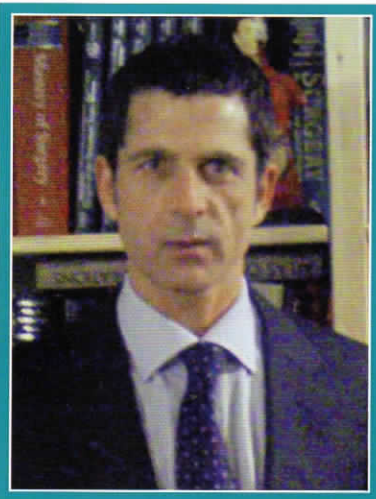
**Intervista al  
Dott. Riccardo Annibali**

pag. 2



**Intervista al  
Dott. Angelo Stuto**

pag. 6



**Intervista al  
Dott. Giuseppe Gagliardi**

pag. 8



## Terapia chirurgica

### Intervista al Dott. Riccardo Annibaldi

Coordinatore dell' Unità di Coloproctologia "Milano Nord" Affiliata alla Società Italiana di Chirurgia Coloretale, Casa di Cura Columbus

#### Dottor Annibaldi, parliamo di terapia chirurgica delle ragadi. Quando si decide di operare?

Un tempo, le ragadi acute venivano curate con la terapia medica e quelle croniche invariabilmente con la chirurgia. Oggi non è più così. **Le moderne Linee Guida prevedono di provare sempre in prima battuta la terapia farmacologica** con i nitrati o i calcio antagonisti. Il paziente candidato all'intervento è quello in cui si è tentata la terapia medica per 6 settimane, senza i risultati sperati. Se dopo questo periodo si ha ancora una sintomatologia piuttosto spiccata e la ragade non ha mostrato alcuna variazione delle sue caratteristiche patologiche, a quel punto il paziente va inviato in sala operatoria. Sono poi candidati direttamente alla chirurgia tutti i pazienti che presentano complicanze come sepsi, fistole e una marcata stenosi dell'ano.

#### Quali sono i tipi di intervento praticati oggi?

Il più utilizzato ancora oggi è il primo descritto, cioè la **sfinterotomia interna**, un intervento che ha estimatori e detrattori, ma che rappresenta tuttora il gold standard della terapia chirurgica. L'altro, meno diffuso, è l'anoplastica.

#### Come si esegue la sfinterotomia interna?

L'obiettivo dell'intervento è eliminare lo spasmo muscolare praticando con un bisturi una piccolissima incisione nelle fibre dello sfintere interno. Ne esistono due varianti: posteriore mediana e laterale. La posteriore, proposta per prima, prevede un'incisione attraverso la ragade posteriore e ha il vantaggio di permettere l'escissione della ragade. È una tecnica efficace, con buone percentuali di successo, ma è gravata da un certo rischio di complicanze. In alcuni casi può provocare una deformità anale "a buco di serratura" e questo può a sua volta tradursi in un'incontinenza ai gas e alle feci liquide e quindi in un rischio di imbrattamento degli indumenti intimi. Per questo è stata un po' abbandonata a favore della sfinterotomia laterale, che ha molti più sostenitori ed è oggi l'intervento elettivo di scelta. La procedura prevede una piccola incisione parziale della parte bassa dello sfintere interno a distanza dalla lesione, sul lato destro o, più spesso,

su quello sinistro. Può essere eseguita con una **"tecnica aperta"**, praticando una incisione nel quadrante laterale per accedere al margine inferiore del muscolo sfintere interno. Oppure, più recentemente, con la cosiddetta **"tecnica chiusa"**, che prevede l'introduzione di un piccolo bisturi da oculista nel solco tra sfintere esterno e sfintere interno attraverso una micro-incisione di 1 mm. A questo punto, con manovre adeguate si sezionano le fibre più periferiche dello sfintere interno, cercando di non danneggiare la mucosa. In entrambi i casi l'intervento è molto efficace e porta alla risoluzione del dolore con tassi di guarigione intorno al 95%, ma non è scevra dalle complicanze sopra citate, seppure meno frequenti rispetto alla posteriore. In entrambi i casi, inoltre, si possono avere recidive. La sfinterotomia con tecnica chiusa comporta meno dolore e una ripresa più rapida, ma le complicanze (la formazione di ematomi e infezioni, per esempio) sono anche più numerose.

#### Ci sono controindicazioni all'intervento?

Bisogna essere molto, molto cauti in quei pazienti che hanno disturbi della coagulazione o assumono anticoagulanti e non li hanno sospesi. L'intervento è chiaramente controindicato anche nei soggetti che già in passato hanno presentato fenomeni di incontinenza, magari perché già operati di fistola anale o emorroidi. In questo caso la sfinterotomia va evitata.

#### E l'anoplastica? In che cosa consiste?

Si esegue prelevando nella zona perianale lembi cutanei sani e vascolarizzati, che vengono modellati in diverso modo a seconda dei casi e poi posizionati in modo da coprire la breccia della ragade, un po' come fossero delle toppe.

#### A chi si propone questa tecnica?

In genere, è più facile la si esegua in quei **pazienti** – non molti, ma ce ne sono – **che pur avendo una ragade anale, non presentano un ipertono dello sfintere**. In questo caso non c'è bisogno di andare a sezionare il muscolo e il problema si risolve semplicemente applicando questo lembo cutaneo. Aggiungerei che è indicata quando le ragadi sono molto grosse e quando sono complicate da una ste-



nosi. In questo caso l'anoplastica è doverosa, così come nelle recidive. Se una ragade già operata si riforma, la seconda volta non si fa un'altra sfinterotomia, ma si ricorre all'anoplastica. Infine, la si propone ai pazienti che hanno un rifiuto psicologico nei confronti della sfinterotomia perché associano in modo inconscio il taglio del muscolo a un'impossibilità di controllare. A mio parere è un ottimo intervento e, se eseguito correttamente, dà ottimi risultati senza esporre allo stesso rischio di incontinenza della sfinterotomia.

### Come mai, allora, non è questo il gold standard?

Innanzitutto, perché nella maggior parte dei casi è indispensabile ridurre l'ipertono dello sfintere, altrimenti, pur coprendo la breccia, il rischio di recidiva resta alto. In secondo luogo perché è un intervento abbastanza complesso, che richiede mani esperte e grande precisione e accuratezza. In Italia lo si esegue in pochi centri. Mentre una sfinterotomia può essere praticata anche da un chirurgo generale, un'anoplastica ben fatta è in genere appannaggio di un chirurgo coloretale con una buona esperienza alle spalle.

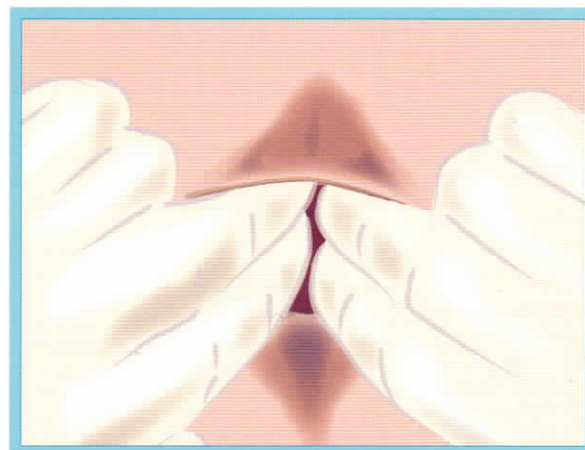
### Novità all'orizzonte?

**La dilatazione con palloncino**, un intervento che sembra dare molta meno incontinenza rispetto alla sfinterotomia ma è in fase di studio e non è ancora entrato nella pratica clinica di routine. Consiste nel posizionamento sull'ano, a cavallo della zona di alta pressione dello sfintere, di un palloncino che viene gonfiato in modo graduale, controllato e standardizzato, provocando una distensione delle fibre muscolari e quindi una riduzione della pressione anale a riposo. Il grosso vantaggio di questa tecnica è il tempo operatorio brevissimo, 7 minuti circa, con percentuali di successo, seppure leggermente inferiori a quelle della sfinterotomia, comunque molto buone. Inoltre, dato molto positivo, i controlli ecografici hanno dimostrato che **questa tecnica non provoca lesioni dello sfintere, come invece accadeva con la vecchia dilatazione manuale.**

### Dilatazione manuale? Di che cosa si tratta?

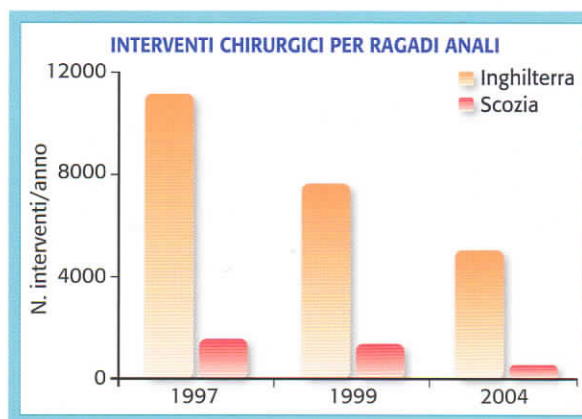
Era un intervento in voga in passato e consisteva in una dilatazione manuale delle fibre muscolari, effettuata introducendo quattro dita nel canale anale e allargando lo sfintere per 2-4 minuti. Si poteva eseguire anche meccanicamente con l'ausilio di appositi dilatatori. Le percentuali di guarigione erano inferiori a quelle della sfinterotomia, quelle di recidiva piuttosto alte. Ma **l'inconveniente principale dell'inter-**

**vento è quello di provocare un danno sfinterico documentato ecograficamente in più del 50% dei pazienti** e problemi di incontinenza in una percentuale molto elevata, decisamente superiore alla sfinterotomia. Questa metodica è ormai ritenuta obsoleta e in Italia non si esegue quasi più.



**In alcuni Paesi, da quando sono disponibili i nuovi farmaci topici per il trattamento delle ragadi, si è avuta una netta riduzione degli interventi chirurgici. È accaduto lo stesso in Italia?**

Non mi risulta esista un registro italiano per questi interventi, ma in studi eseguiti in Inghilterra e Scozia si evidenzia un calo del 60% degli interventi chirurgici. Per quanto riguarda la mia esperienza clinica posso senz'altro confermare il dato. Prima dell'avvento dei nuovi farmaci eseguivo più operazioni. **Una buona percentuale di pazienti che in precedenza finivano subito nelle mani del chirurgo, riesce ora a risolvere il proprio problema con la terapia farmacologica.**



Rielaborazione grafica da Rif. 1



## Terapia medica

*Intervista al Dott. Angelo Stuto*

*Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone  
Presidente della Società Italiana Unitaria di Colonproctologia (Siucp)*

**Quello delle ragadi è problema banale solo in apparenza, che può avere un impatto drammatico sulla qualità di vita del paziente. Una volta diagnosticato, cosa fare in prima battuta?**

**Si può risolvere agendo sullo stile di vita?**

In presenza di una ragade acuta, a volte sì. In ogni caso, sia in presenza di ragadi acute sia croniche, la prima linea di trattamento è l'adozione di misure conservative, tra cui **un'alimentazione ricca di fibre e un adeguato apporto idrico**.

Dunque, aumentare il consumo di frutta, verdure e cereali integrali, assumere integratori di fibre, se necessario, e bere molto soprattutto a digiuno.

Tutto ciò per ammorbidire il più possibile le feci e favorire l'evacuazione, riducendo il più possibile il trauma. Si possono poi usare **lassativi volumizzanti**, come pectine e semi di psyllium, ed **effettuare semicupi (bidè) con acqua calda** almeno due volte al giorno, per favorire il rilassamento dello sfintere anale.

A questo si possono associare **pomate anestetiche locali**. Sconsigliabile, invece, l'uso di steroidi locali: sebbene diano un sollievo sintomatologico momentaneo, abbassano le difese immunitarie e, soprattutto, riducono le capacità di cicatrizzazione.

In caso di ragadi acute queste misure sono spesso sufficienti per ottenere la guarigione. Talvolta però, soprattutto se si trascura il problema, la ragade cronizza. In questo caso è necessario un ulteriore intervento terapeutico.

**Come si interviene sulle ragadi croniche?**

Ferma restando la necessità di mantenere le misure che abbiamo descritto, occorre innanzitutto aggiungere una **terapia medica farmacologica con prodotti topici, per poi passare alla chirurgia solo come "ultima spiaggia"**, se i farmaci non funzionano.

**Quali sono i farmaci oggi più utilizzati?**

Sicuramente i **nitriti**, cioè la glicerina trinitrato (GTN) e l'isosorbide di nitrito, e i **calcioantagonisti**, nifedipina e diltiazem.

Entrambe le classi, attraverso due vie biochimiche

diverse, mirano a ottenere lo stesso scopo, agendo su entrambi i fattori eziologici: da una parte diminuiscono l'ipertono dello sfintere interno – primum movens della ragade - dall'altra aumentano la microcircolazione, riducendo così l'ischemia locale.

**Quali preferire, tra nitriti e calcioantagonisti?**

**I nitriti sono entrati prima nella pratica clinica e sono quelli su cui si ha maggiore esperienza. Tra questi il GTN è il più efficace e il più usato.**

Il suo unico svantaggio è quello di indurre cefalea in circa un quarto dei pazienti.

La nifedipina, presente sul mercato come preparazione commerciale, dà risultati non paragonabili. Si ottengono percentuali di successo migliori con il diltiazem topico, ma questo farmaco è meno maneggevole.

**Si può risolvere il problema della cefalea?**

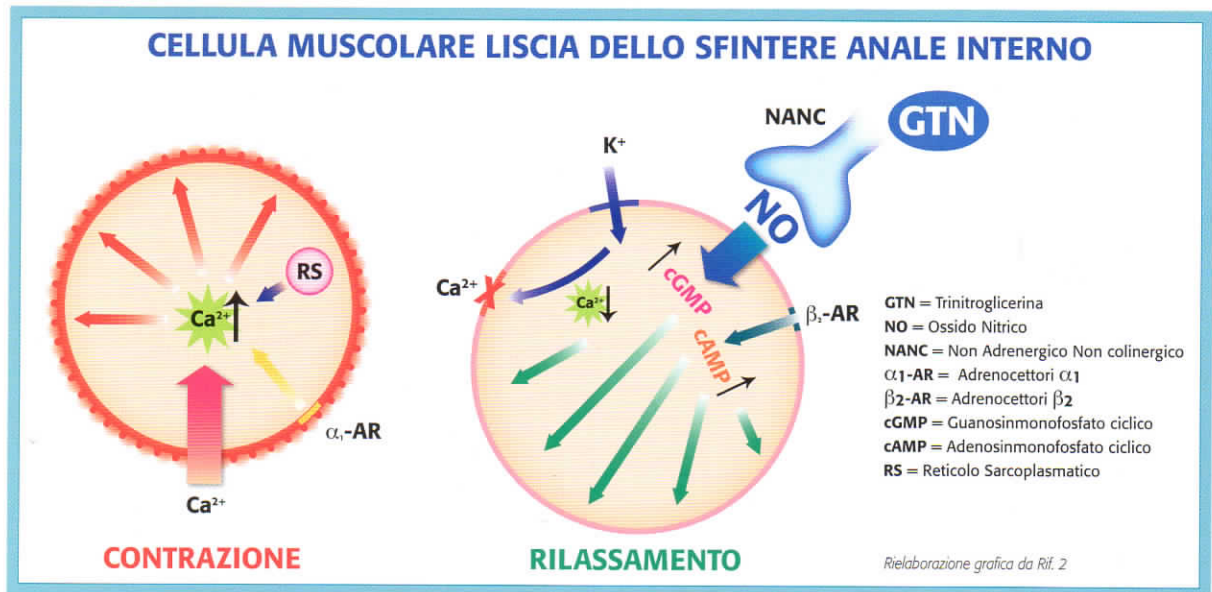
Direi di sì. Innanzitutto, l'effetto molto **spesso diminuisce semplicemente dopo qualche giorno di terapia** grazie a una sorta di compensazione dell'organismo. Per minimizzare l'inconveniente si può anche iniziare con un dosaggio più basso per poi arrivare a quello ideale nel giro di due-tre giorni.

Inoltre, si possono assumere tranquillamente analgesici, senza il rischio di interazioni farmacologiche. Peraltro, la cefalea è un effetto collaterale comune a tutti questi farmaci, compreso il diltiazem, che in aggiunta può provocare anche vampate di calore e ipotensione.

**Come agiscono esattamente i nitriti, in particolare il GTN?**

**Portano a una deplezione del calcio intracellulare, da cui dipende la contrazione muscolare, tramite il rilascio di ossido di azoto (NO).** In particolare, l'NO provoca un aumento del GMP ciclico, che a sua volta determina una diminuzione del calcio nel citoplasma e quindi un **rilassamento della muscolatura liscia anche a livello dello sfintere interno dell'ano**.

Si ottiene così una riduzione dello spasmo muscolare, una vasodilatazione e un miglioramento del flusso sanguigno nella zona lesa, che facilita la cicatrizzazione e riduce la sintomatologia dolorosa.



**NO** è il principale neurotrasmettitore responsabile del rilassamento non-adrenergico-non-colinergico dello SAI nell'uomo

**Di recente sono entrate nell'armamentario terapeutico anche le iniezioni di tossina botulinica. Che ne pensa?**

È un prodotto efficace e consente di ottenere buone percentuali di successo, ma non si è ancora affermato nella pratica clinica come i nitrati o i calcio antagonisti. Anche perché è un trattamento costoso, invasivo, che richiede estrema attenzione ai dosaggi e agli effetti collaterali. Provoca infatti un'ipotonia che può durare fino a tre mesi e se si sbaglia il dosaggio il rischio di incontinenza è molto elevato.

**È da poco disponibile una preparazione commerciale di GTN allo 0,4%. Qual è il suo vantaggio rispetto alle preparazioni galeniche?**

I vantaggi sono molteplici. **Nelle preparazioni galeniche la concentrazione di principio attivo può variare da una farmacia all'altra.** Questo parametro è invece costante e standardizzato nel preparato commerciale. Anche il veicolo, poi, ha la sua importanza. In questo senso, il prodotto commerciale è molto più sicuro.

**Questo rappresenta un vantaggio anche rispetto al diltiazem?**

Certamente, perché il diltiazem pomata esiste soltanto come preparazione galenica. Non esiste un prodotto commerciale paragonabile a GTN allo 0,4%. Diltiazem si può assumere anche per via orale, ma in questo caso i risultati sono decisamente inferiori e la percentuale di recidive molto alta.

**Qual è la sua esperienza clinica con GTN allo 0,4%?**

Ottima. I pazienti sono contenti e **con questo farmaco oggi posso curare l'80% dei pazienti che si rivolgono a me per una ragade cronica**, evitando quindi l'intervento chirurgico.

**Cosa dicono le Linee guida internazionali a proposito di GTN?**

Che è efficace e concordano nell'indicarlo come un **farmaco di prima scelta nel trattamento delle ragadi croniche, con un'evidenza di livello 1 e un grado A di raccomandazione.**