

● Settimanale di salute e bellezza

viversani

& belli

MALASANITÀ
ci si può difendere?

capelli

**I RIMEDI SE SONO
CRESPI E RIBELLI**

INSONNIA

**come capire
se va curata**

forno

a microonde

LE RISPOSTE AI DUBBI

BRUFOLI

**si o no
al trucco?**

bambini

**LE MALATTIE
A PUNTINI ROSSI**

viversani
a belli

Silhouette
n.3

2 riviste a soli

€ 1,70

(in Italia)

dimagrire

con la dieta antiossidante



Dai un TAGLIO alle emorroidi

È un problema un po' imbarazzante, ma sicuramente molto diffuso. Un tempo per risolverlo erano necessari interventi dolorosi. Oggi la chirurgia fa miracoli (indolori) e offre diverse tecniche per superare questo disturbo. Una panoramica sulle soluzioni disponibili



Solo a nominarle si pensa al dolore, al fastidio e all'imbarazzo. Eppure non si può fare a meno di parlarne. Le emorroidi, infatti, sono un problema molto diffuso, che colpisce un adulto su quattro e che, a differenza di alcuni anni fa, quando l'unica soluzione era un intervento dolorosissimo, possono essere risolte con molti meno disagi per il malato. Vale la pena, quindi, di analizzare nel dettaglio il problema e vedere quali sono le ultime soluzioni che la chirurgia offre per risolvere questo disturbo.

Simili a "cuscinetti"

Parlando di emorroidi spesso ci si riferisce, sbagliando, ad alcune vene dell'ano che, in determinate persone, si dilaterebbero in modo anormale.

● In realtà, le emorroidi sono strutture anatomiche sempre presenti: tre cuscinetti o colonne emorroidarie (dette anche gavoccioli) presenti nel canale anale (due a destra e uno a sinistra), formati da una sorta di "gomitolo" di vasi sanguigni, attraverso i quali circola normalmente il sangue.

● La quantità di sangue che entra ed esce viene regolata da **piccolissime valvole** che, di conseguenza, favoriscono il gonfiarsi e lo sgonfiarsi di tali cuscinetti.

● La loro funzione precisa, in verità, non è stata ancora ben accertata, anche se pare servano a **trattenere meglio i gas** quando si compiono grandi sforzi.

● Le emorroidi sono fissate da legamenti fibrosi che le tengono **aderenti alla parete anale**.

● Si parla di **plesso emorroidario interno**, o più semplicemente di emorroidi interne, quando queste si trovano al di sopra della cosiddetta "linea dentata", una sorta di confine tra la pelle dell'ano e la mucosa che riveste internamente l'intestino, situato a circa 3-5 centimetri dal margine dell'ano.

● Se sono al di sotto si parla, invece, di emorroidi esterne.

La malattia emorroidaria

Quando, per diversi motivi, le emorroidi **si dilatano** si verifica la cosiddetta malattia emorroidaria, caratterizzata da:

→ **sanguinamento**;
→ **bruciore e/o dolore anale**;

→ **prolasso** (fuoriuscita) dall'ano delle emorroidi durante la defecazione.

■ I disturbi si differenziano a seconda delle emorroidi colpite (interne o esterne).

QUELLA ESTERNA

Le emorroidi esterne

non sono generalmente **causa di dolore**, a meno che non vengano interessate da trombosi.

■ In questo caso, si forma un coagulo di sangue che provoca la formazione di un **nodulo duro e dolente**, di diverse dimensioni, a livello del margine anale. Inizialmente non ci sono perdite né sanguinamento.

■ A volte, la trombosi può essere **estesa a tutta la circonferenza anale** (soprattutto dopo un parto).

■ In genere, il dolore si allevia dopo 3-4 giorni e il nodulo **si riassorbe nel giro di 2-3 settimane**. In altri casi, invece, esso può ulcerarsi e sanguinare.

■ Di solito basta ricorrere ad **antinfiammatori e decongestionanti** per lenire i sintomi, ma nei casi più seri è necessario ricorrere al chirurgo.

QUELLA INTERNA

La malattia emorroidaria interna alterna periodi senza sintomi ad altri in cui questi si av-

vertano in modo molto fastidioso. In questo secondo caso compaiono:

→ il **sanguinamento**, che ha gradi differenti, da poche tracce di sangue rosso vivo a una quantità più abbondante, che si perde con la defecazione;

→ il **dolore**, anche se spesso è dovuto alla presenza di una ragade in concomitanza con l'emorroide o una trombosi;

→ il **prurito anale**, associato spesso a una lesione del margine anale, può comparire anche in seguito all'uso di creme contro le emorroidi che con-

tengono cortisonici e anestetici locali responsabili di una dermatite da contatto o di un'allergia;

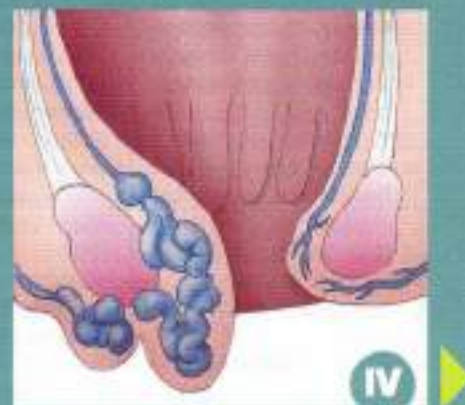
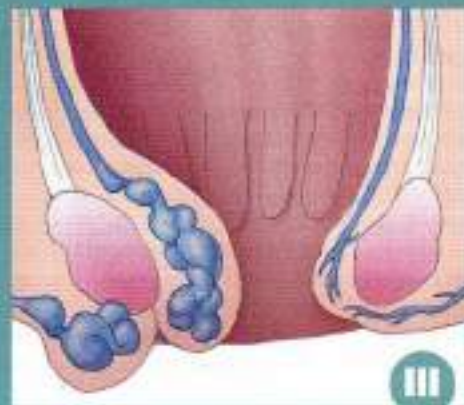
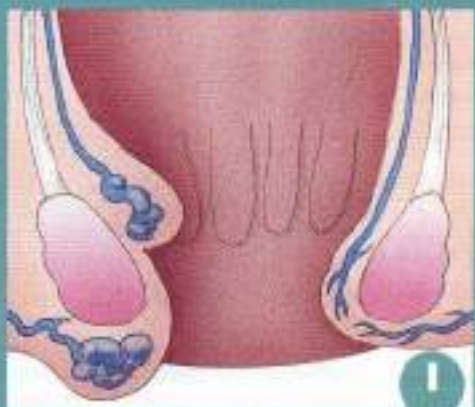
→ le **secrezioni**, acquose o ricche di muco, danno un senso di umidità al margine anale e sporcano la biancheria intima;

→ il **prolasso**: in pratica le emorroidi interne si spostano e scivolano, fuoriuscendo sul margine anale. Il prolasso, che può raggiungere diversi gradi, è spesso accompagnato da un senso di fastidio e pesantezza a livello dell'ano.

I 4 GRADI DEL DISTURBO

Per le emorroidi interne (la situazione normale è quella nel disegno qui sotto), esistono 4 differenti livelli del problema:

- 1 le emorroidi sono congestionate e prolassano solo di poco all'interno del canale anale, ma non all'esterno.
- 2 le emorroidi sporgono durante la defecazione, ma rientrano da sole subito dopo.
- 3 il prolasso c'è e deve essere fatto rientrare manualmente respingendolo all'interno.
- 4 il prolasso non è più riducibile manualmente.



QUANDO SI "STRANGOLANO"

Lo strangolamento delle emorroidi interne rappresenta una complicanza piuttosto seria, che può portare spesso a un intervento d'urgenza.

● In pratica, uno spasmo dello sfintere interno, in seguito a uno sforzo notevole nell'atto del defecare, "strozza" l'emorroide.

● Il dolore è molto forte perché, in genere, tale situazione si

manifesta con un prolasso di quarto grado accompagnato da diverse trombosi all'interno del prolasso stesso e un gonfiore notevole.

● Si possono anche vedere distintamente le emorroidi, riconoscibili per il colore rosso scuro.

● Se lo strangolamento perdura, il tessuto prolassato può andare incontro alla morte (gangrena).

Gli esami utili

La primissima diagnosi viene svolta dal medico attraverso l'ispezione del margine anale e l'esplorazione digitale.

■ Nel primo caso egli **ispeziona il margine anale**, in modo da rilevare la presenza di eventuali altri disturbi (come le ragadi o le ulcerazioni).

■ Viene svolto sia a **riposo sia durante l'atto della spinta**. In questo modo, si può osservare anche se c'è un eventuale prolasso e a che grado sia.

■ Con l'**esplorazio-**

ne digitale, invece, lo specialista cerca di stabilire la tensione dello sfintere anale a riposo e in contrazione e accerta la presenza di eventuali alterazioni della mucosa del canale anale (per esempio polipi).

■ Questo esame, però, **non dà la certezza** della presenza delle emorroidi perché questi cuscinetti tendono ad appiattirsi sotto la pressione digitale.

■ Con l'**anosopia** si inserisce un proctoscopia lubrificato attraverso l'ano. Esso

Un problema meccanico...

Le cause all'origine delle emorroidi sono di diverso tipo. Probabilmente una buona componente è di tipo meccanico.

● **Stitichezza cronica, defecazione irregolare**, ma anche la pressione del feto sui vasi sanguigni del bacino durante la gravidanza o una certa predisposizione familiare al deterioramento dei tessuti che sostengono le emorroidi interne: ecco una serie di motivazioni che possono portare alla formazione della

malattia emorroidaria.

● In pratica, i **legamenti** che tengono ferme le emorroidi, per via di tutte queste cause, **si rilasciano**, cosicché i cuscinetti possono spostarsi, soprattutto se la pressione intrarettale aumenta (quando si "spinge" con forza).

● Pian piano i "cordoncini" fibrosi che sostengono le emorroidi degenerano e si ha il **prolasso**.

● Per via del rilassamento dei tessuti, poi, i vasi sanguigni si dilatano, per cui i cuscinetti

si ingrossano. Anche la mucosa che riveste le mucose interne, poi, finisce per indebolirsi, si lacera e sanguina.

... o questione di valvole?

All'origine della formazione della malattia emorroidaria, però, ci potrebbe essere, secondo un'ipotesi definita "emodinamica", anche un **cattivo funzionamento delle piccole valvole** che regolano il livello di rigonfiamento delle emorroidi.



permette di **vedere l'interno del canale anale** e di accertare la presenza e l'eventuale grado delle emorroidi.

Altri accertamenti

Per **escludere eventuali problemi** a carico dell'**intestino**, lo specialista proctologo può decidere di fare anche altri esami:

→ **rettoscopia a strumento rigido**: si inserisce un retto-

scopio, lungo 30 centimetri, nella parte bassa del retto e lo si fa avanzare per osservare direttamente tutto il retto e il colon sigmoideo, ossia gli ultimi tratti dell'intestino crasso;

→ **rettosigmoidoscopia a strumento flessibile**: si inserisce un endoscopia a fibre ottiche che monta alla sua estremità una piccolissima telecamera per osservare direttamente il retto, il sig-

ma e il colon discendente;

→ **colonscopia**: si inserisce un endoscopia più lungo del precedente (colonscopia) attraverso l'ano che permette di esplorare tutto il colon fino al cieco;

→ **clisma opaco a doppio contrasto**: si associa l'azione dei raggi X all'effetto opacizzante di un liquido di contrasto, che permette di verificare lo stato di salute dell'intestino.

SE BASTANO I FARMACI

Quando le emorroidi sono esterne, si può ricorrere ai farmaci (antinfiammatori, analgesici e flavonoidi per bocca, associati, se necessario, all'applicazione

locale di pomate contro le infiammazioni). ● In questo modo, si tenta di disinfiammare la zona, si rinforzano le pareti dei vasi sanguigni, si

riduce il gonfiore e si favorisce il riassorbimento dei trombi. ● Se questo, però, non accade è necessario intervenire in modo più deciso.



GLI INTERVENTI

Possiamo suddividere le tipologie di intervento in due categorie: quelle ambulatoriali, che vengono fatte nel caso di emorroidi esterne non risolte dai farmaci o per le interne di primo e secondo grado, e quelle chirurgiche, da applicare solo ai casi più seri di emorroidi interne.

→ In ambulatorio

Le tecniche ambulatoriali variano a seconda del tipo di problema da risolvere.

SE SONO ESTERNE...

In questo caso si ricorre alla **trombectomia chirurgica ambulatoriale**, in anestesia locale.

● In pratica, si fa una piccola incisione in corrispondenza della tumefazione dolorosa, in modo da **far fuoriuscire il trombo che blocca la vena**. Si ha così un immediato sollievo.

● La piccola ferita cicatrizza nel giro di una settimana **senza creare dolore** o fastidio.

...O INTERNE (I E II GRADO)

Nel caso di emorroidi interne di primo e secondo grado esistono **tre tecniche** che non necessitano di anestesia e che riescono a riposizionare nel canale anale le emorroidi, riducendone al contempo le dimensioni e fissandole.

1 **La legatura elastica:** la colonna emorroidaria viene aspirata e legata con un elastico, provocando una strozzatura che porta alla **morte del tessuto**

emorroidario eccedente, non più irrorato dal sangue (viene eliminato con le feci nel giro di 4-5 giorni) e al ridimensionamento dei cuscinetti. In genere, si applica un **elastico a seduta**, ogni 10-15 giorni, per un massimo di 3-4 volte. Se fatta da mani esperte non è dolorosa, ma può comportare, nel 25 per cento dei casi circa, una ricomparsa del problema.

2 **La fotocoagulazione:** attraverso l'uso dei **raggi infrarossi** o con il **laser all'anidride carbonica** si interviene per fissare le colonne emorroidarie nel canale anale e per decongestionarle.

3 **La scleroterapia:** si inietta nella zona interessata una **sostanza irritante** che sviluppa una reazione cicatriziale del tessuto di sostegno delle emorroidi, in modo da fissarle all'interno del canale anale. Si trattano, in genere, una o due colonne a seduta, ripetendo il trattamento dopo due settimane circa, per un totale di 3-4 sedute.

→ In sala operatoria

Nei casi di emorroidi più seri si deve necessariamente ricorrere all'intervento chirurgico.

● Anche qui le tecniche non mancano, ma sicuramente tre sono le più utilizzate ai nostri giorni: l'**emorroidectomia aperta** (di Milligan-Morgan), l'**emorroidectomia chiusa** (secondo Ferguson o Parks o secondo Nivatvongs-Annibaldi, che è la più recente e innovativa) e la **mucoprolassectomia circolare** (secondo Longo).

LA TECNICA APERTA

Il malato si trova sdraiato in una posizione simile a quella delle visite ginecologiche.

● Il chirurgo estrofflette le emorroidi dall'ano, senza dilatarlo, e le **asporta** con le forbici, con il bisturi freddo o elettrico, con il laser e con un coagulatore ai raggi infrarossi: lo strumento utilizzato non fa cambiare le caratteristiche dell'intervento.

● Bastano **dieci minuti**, in anestesia generale o spinale o locale (secondo le preferenze del chirurgo), seguiti da un ricovero di lunghezza variabile (in genere da 1 a 4 giorni) e da un **periodo di convalescenza piuttosto lungo** (circa un mese).

● L'operazione, infatti, lascia **ferite aperte** che devono guarire da sole e che rappresentano anche la **causa del dolore** che accompagna i primi tempi dopo l'operazione: le feci, infatti, passano sopra ferite aperte che, tra l'altro, possono rilasciare abbondanti secrezioni e essere causa di sanguinamento.

Dopo l'operazione

Oltre al dolore, questa tecnica chirurgica può presentare **altri inconvenienti post-operatori**, dovuti

ti al fatto che, durante l'intervento, non si divarica l'ano con appositi divaricatori:

✓ **non si è certi della completa asportazione** delle emorroidi. L'eventuale parte lasciata nel canale anale, dunque, può rigonfiarsi e prollassare nuovamente (nel 15-20 per cento dei casi);

✓ **non si può correggere un eventuale prollasso della mucosa** (presente insieme alle emorroidi in oltre il 60 per cento dei casi), per cui le piccole emorragie, il senso di pesantezza e il senso di difficoltà alla evacuazione potrebbero continuare a farsi sentire;

✓ se viene asportato troppo tessuto sano, la **cicatrice che si forma causa una rigidità eccessiva** dell'ano, che non riesce più a dilatarsi.

LA TECNICA CHIUSA

Questa tecnica permette di **evitare tutti i disagi post-operatori** della tradizionale.

● Prima di tutto il malato è in posizione prona, cioè **a pancia in giù**.

● L'anestesia, locale, è particolare e indolore: in un primo momento, **si inietta l'anestetico al di sopra della "linea dentata"**, cioè nella mucosa anale, che risulta insensibile (per cui il malato non avverte il dolore dell'anestesia), si massaggia il punto, in modo da diffondere l'anestetico anche verso il margine anale (la parte sensibile) per anestetizzarlo senza pungere, e solo a questo punto si inietta anestetico anche nella pelle del margine anale stesso, senza che la persona se ne accorga.

● A questo punto, grazie all'aiuto di opportuni divaricatori, il chirurgo può **esaminare il canale anale** e valutare il da farsi.

● Può così **asportare completamente le emorroidi** (possono essere utilizzati strumenti diversi per l'asportazione del tessuto malato, dalle forbici al laser, dal bisturi a un'apposita cucitrice meccanica) ed eliminare l'eventuale prollasso di mucosa effettuando una vera e propria **plastica del canale anale**.

● L'intervento è, dunque, **più preciso** e i rischi di recidive (ricadute) sono veramente minimi.

● **Le ferite vengono poi suturate completamente**, riducendo, così, il dolore post-operatorio ed eliminando

LA MUCOPROLASSETOMIA

La mucoprolassectomia è stata introdotta recentemente e si effettua con l'**impiego di una suturatrice meccanica circolare** (una macchina che "taglia e cuce"), che asporta il tessuto mucoso in eccesso e opera nello stesso tempo una cucitura tra mucosa e mucosa all'interno del canale anale.

● Trova la sua indicazione ideale **nei casi in cui a lievi disturbi emorroidari** sia associato un **notevole prollasso della mucosa del retto**, che rende difficile il processo di evacuazione.

● Essendo utilizzata da pochissimi anni, **non è ancora possibile valutare quale sia la sua efficacia** a lungo termine.

● **I risultati iniziali sono promettenti** per quanto riguarda la correzione del **prolasso**, un po' meno per le emorroidi di grado avanzato che, non essendo asportate nel corso dell'intervento ma solo "risospese" all'interno del canale anale, possono dare nuovamente fastidi anche dopo l'operazione.

le perdite di sangue o di secrezioni, oltre che **velocizzando la guarigione**.

● La chiusura delle ferite viene fatta in base alla larghezza del divaricatore per cui **è impossibile che l'ano si restringa** troppo.

● Il tutto dura circa 40 minuti e **subito dopo ci si può alzare**. L'intervento può essere svolto, quindi, in ambulatorio, con dimissione immediata o, nei malati più anziani, in day-hospital.

● Per il tipo di anestesia effettuato, può essere eseguito con sicurezza anche in **persone anziane, debilitate o cardiopatiche**.

IN PRATICA

COME COMPORTARSI PER STARE MEGLIO

● Chi soffre di emorroidi e anche chi è stato operato dovrebbe far proprie alcune semplici abitudini, tra cui ricordiamo:
→ prevenire la stitichezza e aiutare l'intestino a essere più regolare;

→ svolgere attività fisica;
→ non indossare biancheria intima sintetica, che favorisce il formarsi di un ambiente umido, potenzialmente favorevole allo sviluppo di germi.

DOVE RIVOLGERSI

Le tecniche "aperta" e "chiusa" effettuate privatamente costano dai 2.000

al 3.000 euro in day-hospital (il prezzo aumenta se c'è il ricovero).

● Per la mucoprolassectomia c'è il costo aggiuntivo della macchina suturatrice (750 euro circa).
● Gli interventi effettuati in ospedale e nei centri convenzionati sono a carico del Servizio sanitario nazionale.

da ricordare

Ormai
l'operazione
alle emorroidi
non implica più
dolori e
sofferenze
"atroci"

DIZIONARIO

ANO orifizio all'estremità terminale del retto.

CANALE ANALE l'ultima porzione del retto, che termina nell'ano.

COLON tratto dell'intestino crasso, che si distingue in cieco, colon ascendente, colon trasverso, colon discendente e sigma.

GAVOCCIOLI strutture a cuscinetto, dette anche colicine emorroidarie, presenti nel canale anale e formate da una sorta di gonfiolo di vasi sanguigni.

MUCOSA sottile strato che riveste, internamente, l'intestino.

PROCTOLOGO gastroenterologo che studia le malattie dell'intestino retto e dell'ano, avvalendosi di particolari tecniche di indagine, come la rettoscopia e l'esplorazione rettale.

PROLASSO cedimento di un organo, o di una parte di esso, che "scivola" o viene dislocato al di fuori della sede originale per effetto della gravità o del trascinarsi da parte di materiale organico.

RAGADI lesioni della cute o della mucosa, a forma di fessura, senza tendenza alla cicatrizzazione.

RETTO porzione di intestino, lunga circa 15 centimetri, compresa tra il colon sigmoideo e l'ano. È la più importante zona d'origine degli impulsi che controllano la defecazione.

SFINTERE valvola costituita da una muscolatura che circonda il canale anale (in questo caso).

TROMBOSI formazione di un coagulo di sangue all'interno di un vaso sanguigno.

Servizio di Valeria Ghitti.

Con la consulenza del dottor Riccardo Annibaldi, specialista in chirurgia generale a Milano.