



RAGADE ANALE

A cura di: dr. Aldo Infantino (ainfantino@libero.it), dr.ssa Lia Pisegna Cerone (liapice@mac.com)

Che cos'è?

La ragade anale è una piccola ferita dell'ano a forma di goccia, generalmente localizzata sulla linea posteriore sebbene nel 10% delle donne si trova anteriormente, più raramente in posizione laterale.

Perché si forma?

Non esiste una teoria accettata universalmente, ma vari fattori concorrono a determinare o a predisporre alla sua formazione. L'evacuazione di feci dure, soprattutto se difficoltosa e protratta, può causare una lacerazione. Anche lo stress, che determina uno spasmo involontario dello sfintere interno (uno dei muscoli dell'ano) e quindi un ostacolo all'espulsione delle feci può essere causa della formazione della ragade. Diarrea cronica, traumi locali e malattie infiammatorie che coinvolgono il canale anale possono esserne all'origine.

Una volta formatasi, il dolore avvertito durante il passaggio delle feci provoca uno spasmo protratto dello sfintere interno, involontario, instaurando un circolo vizioso che non ne permette la guarigione.

Quali sono i sintomi?

Il sintomo principale è il dolore, anche molto intenso, durante la defecazione; il dolore persiste da qualche minuto a qualche ora. Possono essere presenti sanguinamento, in genere modesto (sangue sulla carta igienica) ed a fine defecazione, e prurito.

Come si fa diagnosi?

La ragade è visibile alla visita proctologica; l'esplorazione rettale, possibile se il dolore non è troppo intenso, permette la valutazione del tono, in genere molto aumentato, del canale anale. Le caratteristiche, più che la durata, permettono di distinguere la forma acuta da quella cronica; questa spesso si accompagna ad una marisca (appendice dermica) all'esterno e ad una papilla ipertrofica all'interno. La diagnosi differenziale va posta con le ragadi secondarie a malattie infiammatorie croniche (m.di Crohn e rettocolite ulcerosa), con le ulcere sifilitiche o tubercolari, con le lesioni precancerose e con i tumori dell'ano, ma anche con le lesioni traumatiche.

Come si cura?

Circa i 2/3 delle ragadi acute e metà di quelle croniche tende a guarire con un approccio conservativo, che prevede l'uso di integratori formanti massa ed una dieta ricca di fibre con adeguato introito idrico (almeno 2 litri di acqua e bevande non gasate al dì) in modo da evitare il passaggio di feci dure. I bagni caldi più volte al giorno aiutano la guarigione, poiché il caldo riduce lo spasmo dei muscoli. Non vi è conferma in Letteratura, ma l'uso dei dilatatori anali, che sfruttano sia l'azione meccanica che l'eventuale effetto del calore per ridurre l'ipertono sfinterico, ha ridotto di molto gli interventi chirurgici. La dilatazione anale controllata è l'ultima, in ordine di tempo, opzione terapeutica, e consiste nella dilatazione, a pressione controllata, dello sfintere con un palloncino introdotto nel canale anale, senza rischi per la continenza. I primi risultati riportano un'efficacia del 95%, ma ulteriori studi di conferma sono necessari.

La terapia medica, che comprende le pomate a base di nitroglicerina, i farmaci calcio-antagonisti e le iniezioni locali di tossina botulinica hanno un'efficacia simile tra loro, producendo un miglioramento che non sempre persiste nel tempo e soprattutto si può osservare una ricomparsa della ragade dopo guarigione in circa la metà dei casi. I dati italiani recenti relativi alla pomata



alla trinitroglicerina allo 0,4% sembrano essere promettenti in termini di rapido sollievo del dolore e di guarigione a lungo termine.

La terapia chirurgica consiste nella *sfinterotomia anale interna*, ovvero nella sezione parziale dello sfintere interno effettuata in anestesia locale e, in genere, ambulatorialmente o con ricovero di un giorno; tale intervento risolve subito sia il dolore che lo spasmo, permettendo alla ragade di guarire in poche settimane. In una recente revisione della letteratura la percentuale di recidive a 2 anni è del 3%. I disturbi della continenza, prevalentemente ai gas, associati a questo intervento, sono rari e in genere transitori. Un altro intervento possibile è l'*anoplastica*, che consiste nell'asportazione della ragade e nella riparazione della ferita con un lembo di mucosa anale o di cute del paziente. Questo intervento è indicato soprattutto quando non c'è ipertono sfinterico, in caso di chirurgia anale precedente, ed in presenza di lesioni cutanee associate (voluminosa marisca sentinella e polipo anale prolassante).

C'è relazione con il cancro?

Non esiste alcuna correlazione tra cancro e ragade anale. Il cancro dell'ano, patologia rara ma in aumento, può avere sintomi simili a quelli della ragade. Indispensabile pertanto la visita di uno specialista coloproctologo per confermare il sospetto diagnostico ed impostare la corretta cura.

Bibliografia:

1. Dodi G, Bogoni F, Infantino A, Pianon P, Mortellaro LM, Lise M. Hot or cold in anal pain? A study of the changes in internal anal sphincter pressure profiles. *Dis Colon Rectum*. 1986 Apr;29(4):248-51.
2. Gagliardi G, Pascariello A, Altomare DF, Arcanà F, Cafaro D, La Torre F, De Nardi P, Basso L, De Stefano I, Greco VJ, Vasapollo L, Amato A, Pulvirenti D'Urso A, Aiello D, Bove A. Optimal treatment duration of glyceryl trinitrate for chronic anal fissure: results of a prospective randomized multicenter trial. *Tech Coloproctol*. 2010 Sep;14(3):241-8.
3. Lin JX, Krishna S, Su'a B, Hill AG. Optimal Dosing of Botulinum Toxin for Treatment of Chronic Anal Fissure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dis Colon Rectum*. 2016 Sep;59(9):886-94.
4. Stewart DB Sr, Gaertner W, Glasgow S, Migaly J, Feingold D, Steele SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures. *Dis Colon Rectum*. 2017 Jan;60(1):7-14.