



LA PROCTALGIA FUGAX

A cura del Dott. Fabio Marino

U.O.C. di Chirurgia Generale – IRCCS “S. de Bellis”, Castellana Grotte (Ba)

fabio.marino@virgilio.it

Che cos'è la proctalgia fugax?

La proctalgia fugax è una patologia caratterizzata dalla comparsa improvvisa e ad intervalli irregolari, di dolore ano-rettale severo, che dura solitamente pochi minuti e che si risolve senza sequele. La condizione clinica necessaria per poter parlare di proctalgia fugax è che vi sia assenza di patologie pelviche dolorose come ragadi, ascessi, emorroidi trombizzate, malattie infiammatorie croniche in fase di riacutizzazione, prostatiti, endometriosi, tumori, ecc..

Cosa scatena la proctalgia fugax?

Il dolore può essere scatenato da evacuazioni, eventi psico-fisici stressanti, mestruazioni, assunzione di alcolici e rapporti sessuali ma, spesso, non è individuabile un fattore trigger. Sebbene in passato si descrivesse come tipicamente notturno, studi recenti hanno rilevato che il dolore può comparire in un qualunque momento della giornata.

E' una patologia frequente?

La prevalenza nella popolazione generale oscilla tra il 4 e il 18% e riguarda maggiormente il sesso femminile.

Da cosa è causata?

Tra le ipotesi patogenetiche si considerano lo spasmo della muscolatura sfinterica, l'aumento della pressione intraluminale del sigma, la presenza di un'anomala attività contrattile dello sfintere anale interno influenzata dall'attività nervosa simpatica e quindi dagli stress psico-fisici e, infine, sofferenze dei nervi pudendi. E' più spesso presente in soggetti affetti da colon irritabile, in pazienti sottoposti a scleroterapia per la cura dell'emorroidi e nelle donne operate di isterectomia per via transvaginale. Infine, si è descritta una rara forma familiare su base genetica, a trasmissione autosomica dominante, che si associa a stitichezza e ad un ispessimento marcato dello sfintere anale interno.

Come si diagnostica?

La storia anamnestica unitamente alla visita clinica per escludere l'assenza di altre patologie pelviche dolorose, possono essere sufficienti a fare diagnosi di proctalgia fugax. Tuttavia, la rettoscopia e la risonanza magnetica nucleare (RMN) pelvica possono essere necessarie per la diagnosi differenziale. L'ecografia ano-rettale è di ausilio nel fornire informazioni sullo spessore della muscolatura dello sfintere anale. Inoltre, la manometria ano-rettale può evidenziare anomalie del tono sfinterico a riposo rilevando caratteristiche "onde lente di ampiezza aumentata". Infine, lo studio neurofisiologico del perineo (elettromiografia dei muscoli del pavimento pelvico, lo studio del riflesso del muscolo bulbo-cavernoso e la misurazione dei tempi di latenza del nervo pudendo) può orientare sul trattamento medico o chirurgico da eseguire.

Come si cura?

Poiché è spesso presente una forte componente ansiosa, il primo tentativo di cura dovrebbe avvalersi di rassicurazioni e di benzodiazepine somministrate per via orale unitamente al consiglio di effettuare semicupi con acqua tiepida della regione ano-genitale. Tuttavia, in caso di fallimento, si ricorre all'utilizzo di farmaci che attenuino lo spasmo doloroso dell'ano-retto, da applicare localmente (diltiazem o nitroglicerina al 2%) o da assumere per os (nifedipina). A tal fine, è stato anche proposto l'utilizzo di iniezioni di tossina botulinica di tipo A. Nei casi in cui si documenta una compressione del pudendo può essere utile il blocco farmacologico o la decompressione chirurgica del nervo. In letteratura sono anche riportati buoni risultati terapeutici attraverso il blocco anestetico del plesso ipogastrico superiore. Infine, nelle rare forme familiari o in tutti quei casi in cui è presente un ispessimento dello sfintere anale interno superiore ai 3,5 cm, può essere indicato l'intervento chirurgico di sfinterotomia laterale interna (SLI).



Bibliografia:

- 1) Rao SS, Bharucha AE, Chiarioni G, Felt-Bersma R, Knowles C, Malcolm A, Wald A. *Functional Anorectal Disorders. Gastroenterology.* 2016 Mar 25. pii: S0016-5085(16)00175-X. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.009.
- 2) Jeyarajah S, Chow A, Ziprin P, Tilney H, Purkayastha S. *Proctalgia fugax, an evidence-based management pathway. Int J Colorectal Dis.* 2010 Sep;25(9):1037-46.
- 3) de Parades V, Etienney I, Bauer P, Taouk M, Atienza P. *Proctalgia fugax: demographic and clinical characteristics. What every doctor should know from a prospective study of 54 patients. Dis Colon Rectum.* 2007 Jun;50(6):893-8.
- 4) Damphousse M, Jousse M, Verollet D, Guinet A, Le Breton F, Lacroix P, Sheik Ismael S, Amarenco G. *Evidence of pudendal neuropathy in Proctalgia Fugax: perineal neurophysiological assessment in 55 patients. Prog Urol.* 2012 Apr;22(4):220-4.
- 5) de Parades V, Etienney I, Bauer P, Taouk M, Atienza P. *Proctalgia fugax: demographic and clinical characteristics. What every doctor should know from a prospective study of 54 patients. Dis Colon Rectum.* 2007 Jun;50(6):893-8.