



## **LE EMORROIDI**

A cura di: **dr Aldo Infantino** ([ainfantino@libero.it](mailto:ainfantino@libero.it)) e **dr Francesco Arcanà** ([mesucp@tin.it](mailto:mesucp@tin.it))

### **Che cosa sono?**

Sono dei cuscinetti vascolari, prevalentemente a sangue venoso, e normalmente servono per: 1. “accompagnare” le feci all’esterno riducendo il trauma anale  
2. completare il complesso sistema della continenza fecale.

Solo quando danno dei sintomi si parla di malattia emorroidaria. È la più diffusa causa di sofferenza della regione anorettale. Più del 50% della popolazione adulta occidentale soffre o ha sofferto di patologia emorroidaria. Molti soggetti lasciano trascorrere molto tempo prima di chiedere delle cure. I Trattamenti attuali sono in grado di eliminare senza o con poco dolore il problema, soprattutto negli stadi iniziali.

### **Cos’è la malattia emorroidaria?**

Erroneamente descritta come “varici dell’ano”, le emorroidi patologiche sono dei corpi cavernosi di volume aumentato contenenti sangue venoso ed arterioso, che possono protrudere dall’ano. A seconda del plesso da cui traggono origine possono essere suddivise in emorroidi interne ed esterne. Le emorroidi interne aumentano di volume dentro l’ano (I grado), e danno segno di sé in genere solo durante il passaggio delle feci, con dolore, sanguinamento e prurito; possono prolassare all’esterno dell’ano e rientrare spontaneamente subito dopo la defecazione (II grado) o con l’aiuto delle dita (III grado); possono essere molto dolorose quando non si riesce a riposizionarle dentro l’ano. Le emorroidi esterne (IV grado) non rientrano nell’ano e possono svilupparsi al margine dell’ano; sono molto dolorose quando sono sotto tensione, più frequentemente delle interne possono complicarsi con la formazione di coaguli nel loro interno (trombosi emorroidaria).

### **Cause della malattia emorroidaria**

Non esiste una sola causa. Si sviluppano più con: l’aumentare dell’età, le eccessive spinte per evacuare le feci, la lunga permanenza sulla tazza del bagno, le feci molto dure o irritanti quali quelle diarroiche, la gravidanza, l’obesità, i fattori ereditari. Anche la depressione è associata ad un maggiore rischio di emorroidi, così come l’assenza di una passeggiata regolare.

### **I sintomi**

Come già accennato, se si ha qualcuno di questi sintomi è possibile che si tratti di Patologia emorroidaria:

1. sanguinamento alla defecazione o a fine defecazione con sangue rosso vivo
2. prollasso che può rientrare più o meno facilmente
3. prurito spesso accompagnato da senso di ano umido
4. dolore, in genere tipo bruciore
5. nodulo/i esterno/i dolente/i, a volte ad insorgenza in poche ore.

### **Come si fa diagnosi?**

All’esterno possono esser viste solo le emorroidi nello stadio più avanzato, le non riducibili all’interno dell’ano -IV grado-, oppure quelle riducibili con accompagnamento con la mano -III grado-; e ancora possono essere viste le complicazioni della malattia emorroidaria, come la trombosi. È solo l’anoscopia che permette di porre diagnosi certa e di individuare o escludere altre malattie proctologiche molto spesso associate.

### **C’è correlazione con il cancro?**

Non c’è alcuna correlazione. Tuttavia molti di questi sintomi possono essere presenti anche in presenza di un cancro del retto o dell’ano. Ciò rende indispensabile una visita coloproctologica.



Ogni trattamento effettuato senza una visita specialistica può essere causa di un inammissibile ritardo per una corretta diagnosi ed un'adeguata terapia.

### **Situazioni particolari:**

- [Gravidanza](#)
- [Malattia infiammatoria cronica intestinale](#)

### **Quali sono i trattamenti?**

È la più frequente patologia anale e pertanto centinaia di trattamenti medici sono stati proposti per alleviarne i sintomi; tuttavia il loro ruolo e la corretta indicazione rimane fonte di controversie; peraltro l'utilità di molti trattamenti medici rimane lontano dall'essere dimostrato da trial ben condotti metodologicamente. Seguendo i concetti di "narrative review" e delle ultime linee guida, possiamo affermare che negli stadi iniziali (I/II grado)

Il trattamento medico va diretto verso la possibile causa:

1. se stipsi aumento dell'assunzione di fibre vegetali ed uso di lassativi formanti massa per ottenere feci più soffici;
2. correzione della diarrea, se presente;
3. riapprendimento di una corretta defecazione tendente ad evitare di spingere molto o a lungo e di passare molto tempo seduti sulla tazza del water;
4. bidè con acqua tiepida per ridurre spasmo e dolore.

In caso di crisi acute, per lo più da trombosi emorroidaria, questi presidi possono essere di aiuto, assieme all'uso di analgesici, e nel giro di 7 gg circa la crisi si risolve. Nei casi di dolore intenso che non si attenua, si potrà effettuare ambulatoriamente una piccola incisione in anestesia locale per asportare il/i coagulo/i; dopo le 72 ore circa dalla sua insorgenza l'asportazione dei coaguli può risultare non più possibile per l'avvio dell'attività di degradazione da parte dell'organismo. Se ci si trova di fronte a quadri molto estesi di trombosi può essere necessario un trattamento chirurgico in regime di ricovero.

I trattamenti più aggressivi possono essere ambulatoriali o in regime di ricovero, in relazione allo stadio della malattia ed alla gravità clinica:

possono trovare utilità alcuni cambiamenti nello stile di vita, un supplemento di fibre nella dieta, creme per uso topico e farmaci flebotonici. Nei casi più avanzati (III/IV grado) il trattamento chirurgico diventa necessario, pur in associazione del trattamento conservativo

### **La legatura elastica --link**

L'**emorroidectomia** è il trattamento riservato ai casi che non possono essere trattati ambulatorialmente con le tecniche precedenti, o nei casi in cui non si è riusciti ad ottenere un risultato soddisfacente per il paziente. Esistono molte tecniche che hanno in comune la rimozione delle emorroidi. Necessitano in genere di un breve ricovero (spesso in regime ambulatoriale o di day-surgery) e si effettuano in anestesia. Sono disponibili diversi protocolli per il controllo dei disagi e del dolore postoperatorio. Tecniche che utilizzano il bisturi Laser non danno una riduzione del dolore rispetto a quelle più tradizionali. L'utilizzo di nuovi strumenti di coagulazione in radiofrequenza e ad ultrasuoni riducono il dolore postoperatorio anche se non tutti i lavori scientifici dimostrano un miglioramento statisticamente significativo.

La **mucoprolassectomia** con suturatrice meccanica viene utilizzata con sufficiente consenso della letteratura nelle emorroidi di III grado, mentre negli altri gradi vi è ancora discussione tra gli esperti. Si effettua in regime di ricovero e generalmente in anestesia spinale. I risultati a breve termine sono buoni ma il tasso di recidive risulta elevato. Le complicanze pur infrequenti, sono a volte persistenti nel tempo e difficili da trattare.

La **legatura dei rami terminali dell'arteria emorroidaria** superiore individuati con l'utilizzo intraoperatorio di un sistema doppler con contestuale sospensione interna delle emorroidi. Si effettua prevalentemente nelle emorroidi di III grado sebbene lavori scientifici abbiano descritto questa tecnica anche per gli altri gradi. Il trattamento viene eseguito in day hospital, in anestesia locale con sedazione, in blocco del n pudendo posteriore o in anestesia spinale; circa l'80% dei pazienti non ha necessità di analgesici subito dopo l'intervento, e le complicazioni segnalate sono minime nel numero, nella gravità e nella durata; solo una piccolissima percentuale di pazienti necessita di nuovi trattamenti per recidiva.

**Altro:** La crioterapia è dolorosa rispetto agli altri trattamenti ambulatoriali ed ha un altissimo tasso di recidive se eseguita con protossido d'azoto (-89°) ma non con azoto liquido (-180°) che tuttavia è molto più pericoloso per gli sfinteri; come la folgorazione diretta ed il BICAP, non gode la preferenza dei maggiori centri internazionali di colonproctologia.

### **Bibliografia:**

1. Reese GE, von Roon AC, Tekkis PP. Haemorrhoids. Clin Evid (Online). 2009; 29:2009.
2. Lee JH, Kim HE, Kang JH1, Shin JY, Song YM1.1.17 to 2.25) Factors associated with hemorrhoids in Korean adults: Korean national health and nutrition examination survey. Korean J Fam Med. 2014 Sep;35(5):227-36.
3. Altomare DF1, Giannini I. Pharmacological treatment of hemorrhoids: a narrative review. Expert Opin Pharmacother. 2013 Dec;14(17):2343-9.
4. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev 2005; 20;(3):CD005034.
5. Jayaraman S, Colquhoun PH, Malthaner RA. Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev 2006; 18;(4):CD005393.
6. Burch J, Epstein D, Baba-Akbari A, Weatherly H, Fox D, Golder S, Jayne D, Drummond M, Woolacott N. Stapled haemorrhoidectomy (haemorrhoidopexy) for the treatment of haemorrhoids: a systematic review and economic evaluation Health Technol Assess. 2008;12: 1- 193.
7. Khubchandani I, Fealk MH, Reed JF 3rd. Is there a post-PPH syndrome? Tech Coloproctol 2009;13(2):141-4.
8. Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. Tech Coloproctol 2008;12(1):7-19.
9. Dal Monte PP, Tagariello C, Sarago M, Giordano P, Shafi A, Cudazzo E, Franzini M. Transanal haemorrhoidal dearterialisation: nonexcisional surgery for the treatment of haemorrhoidal disease. Tech Coloproctol. 2007;11(4):333-8.
10. Bursics A, Morvay K, Kupcsulik P, Flautner L. Comparison of early and 1-year follow-up results of conventional hemorrhoidectomy and hemorrhoid artery ligation: a randomized study. Int J Colorectal Dis 2004;19:176-80.
11. Infantino A, Bellomo R, Dal Monte PP, Salafia C, Tagariello C, Tonizzo CA, Spazzafumo L, Romano G, Altomare DF. Transanal haemorrhoidal artery echodoppler ligation and anopexy (THD) is effective for II and III degree haemorrhoids: a prospective multicentric study. Colorectal Dis. 2010 Aug;12(8):804-9.
12. Infantino A1, Altomare DF, Bottini C, Bonanno M, Mancini S; THD group of the SICCR (Italian Society of Colorectal Surgery), Yalti T, Giamundo P, Hoch J, El Gaddal A, Pagano C. Prospective randomized multicentre study comparing stapler haemorrhoidopexy with Doppler-guided transanal haemorrhoid dearterialization for third-degree haemorrhoids. Colorectal Dis. 2012 Feb;14(2):205-11.
13. Xu L, Chen H, Gu Y. Stapled Hemorrhoidectomy Versus Transanal Hemorrhoidal Dearterialization in the Treatment of Hemorrhoids: An Updated Meta-Analysis. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2018 Dec 11. doi: 10.1097/SLE.0000000000000612. [Epub ahead of print]
14. Aigner F, Conrad F, Haunold I, Pfeifer J, Salat A, Wunderlich M; Konsensusgruppe der Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (ACP) der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, Fortelny R, Fritsch H, Glöckler M, Hauser H, Heuberger A, Karner-Hanusch J, Kopf C, Lechner P, Riss S, Roka S, Scheyer M. Consensus statement haemorrhoidal disease. Wien Klin Wochenschr. 2012 Mar;124(5-6):207-19.
15. Trompetto M, Clerico G, Cocorullo GF, Giordano P, Marino F, Martellucci J, Milito G, Mistrangelo M, Ratto C. Evaluation and management of hemorrhoids: Italian society of colorectal surgery (SICCR) consensus statement. Tech Coloproctol. 2015 Oct;19(10):567-75. doi: 10.1007/s10151-015-1371-9. Epub 2015 Sep 24. Erratum in: Tech Coloproctol. 2016 Mar;20(3):201.
16. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, Feingold DL, Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2018 Mar;61(3):284-292.