

LA PATOLOGIA EMORROIDARIA DURANTE LA GRAVIDANZA E IL PUERPERIO

Francesco Martini

RIASSUNTO

Le emorroidi sono un problema medico molto comune e costituiscono la più frequente patologia anorettale della gravidanza e del puerperio, raggiungendo l'incidenza massima subito dopo il parto, pari al 12-34%. Poiché investe il campo d'azione di varie specialità, il trattamento ideale dovrebbe essere multidisciplinare, con il coinvolgimento del proctologo da parte del ginecologo o dell'ostetrica in caso di necessità, anche se nei fatti, allo stato attuale, questa collaborazione in Italia appare ancora lontana dalla realtà clinica.

Benché i sintomi siano spesso lievi e transitori, le emorroidi possono portare spesso a ripetuti episodi di rettorragia e a dolore, che possono essere allarmanti per la donna. Il dolore può essere più severo se c'è trombosi locale, tanto da interferire con le attività della vita quotidiana, e può essere un motivo di apprensione aggiuntivo se presente vicino al momento del parto.

Il trattamento delle emorroidi durante la gravidanza è principalmente conservativo e diretto al sollievo dai sintomi, in particolare al controllo del dolore. Per la maggior parte delle donne, i sintomi regrediranno spontaneamente a breve distanza dal parto, per cui ogni trattamento chirurgico correttivo deve essere rimandato a un momento successivo.

La maggior parte delle evidenze sull'efficacia delle alternative terapeutiche per le emorroidi in gravidanza è desunta da studi effettuati su pazienti non in gravidanza. Ad oggi non esistono inoltre dati di sicurezza sull'utilizzo in gravidanza di nessuno dei prodotti comunemente usati per le emorroidi.

Così come nella popolazione generale, il fattore di rischio principale è costituito dalla stipsi refrattaria, peraltro più comune durante la gravidanza, cui va ad aggiungersi l'eventuale parto vaginale traumatico. Appare perciò fondamentale raccomandare una regolarizzazione del transito intestinale attraverso regole igienico-dietetiche (aumentare l'introito di fibre alimentari, bere almeno 1.5 l d'acqua al giorno, non prolungare l'atto defecatorio ad es. leggendo in bagno) e la somministrazione di lassativi alle pazienti con stipsi refrattaria, durante la gravidanza e soprattutto nel post-partum, al fine di ridurre il rischio di emorroidi sintomatiche. Se indicato, le pazienti dovrebbero ricevere un trattamento topico. Queste misure conservative sono in grado di alleviare i sintomi in molte pazienti.

ANATOMIA DELLE EMORROIDI

Le emorroidi fanno parte della normale anatomia anorettale ed hanno un ruolo importante nel complesso meccanismo della continenza. Possono essere riconosciute nell'embrione umano già a partire dall'ottava settimana di gestazione. Sono costituite da cuscinetti fibrovascolari localizzati nella sottomucosa del canale anale, contenenti shunt artero-venosi e supportati da fibre muscolari lisce (muscolo sospensore di Treitz) che originano dalla muscolatura longitudinale e passano attraverso lo sfintere anale interno per andare a inserirsi a livello dello spazio vascolare sottomucoso.

Le emorroidi contribuiscono, insieme agli altri componenti del sistema neuromuscolare dell'ano (sfinteri, nervi, mucosa e cute) al complesso meccanismo della continenza fecale. A riposo le emorroidi si riempiono di sangue e agiscono come valvola assorbendo le variazioni della pressione addominale che si verificano quando un individuo si sforza, tossisce o starnuta; mantengono così la

chiusura del canale anale senza bisogno di contrarre lo sfintere, prevenendo la perdita involontaria di feci e gas. I plessi emorroidari sono responsabili del 15-20% della pressione anale a riposo. La posizione di questi cuscinetti a delimitare la circonferenza del canale anale fornisce inoltre informazioni sensitive viscerali che permettono all'individuo di discriminare tra liquidi, solidi e gas, dando quindi un ulteriore aiuto al meccanismo della continenza.

Durante l'atto defecatorio, i cuscinetti emorroidari sono compressi dal passaggio delle feci e il sangue in essi contenuto viene spremuto e drenato, facilitando lo svuotamento dell'ampolla rettale e impedendo che il passaggio delle feci e la dilatazione del canale anale causino lacerazioni traumatiche alla mucosa.

Ci sono tre cuscinetti fibrovascolari principali localizzati a livello laterale sinistro, anteriore destro e posteriore destro della circonferenza del canale anale, con complessi secondari in alcuni individui. La configurazione è costante e non vi è nessuna relazione con le diramazioni terminali dell'arteria rettale superiore, contrariamente a quanto si pensava in precedenza.

Le emorroidi interne originano dal plesso emorroidario superiore prossimalmente alla linea dentata e sono ricoperte da epitelio transizionale e colonnare privo di terminazioni nervose. Il sangue viene drenato dal plesso emorroidario superiore attraverso le vene rettali superiori nella vena mesenterica inferiore e quindi nel sistema portale.

Le emorroidi esterne originano dal plesso emorroidario inferiore distalmente alla linea dentata e sono ricoperte da epitelio squamoso contenente terminazioni nervose. Il sangue viene drenato dal plesso emorroidario inferiore in parte attraverso le vene rettali medie nelle vene iliache interne, ma principalmente attraverso le vene rettali inferiori nelle vene pudende, a loro volta tributarie delle vene iliache interne.

EPIDEMIOLOGIA DELLA MALATTIA EMORROIDARIA NELLA POPOLAZIONE GENERALE

I primi riferimenti storici alla malattia emorroidaria datano a più di 4000 anni fa, in Mesopotamia. La reale prevalenza nei tempi moderni è controversa. Johanson e Sonnenberg (1990) hanno riportato una prevalenza di emorroidi sintomatiche nel 4.4% della popolazione degli Stati Uniti, con un picco tra 45 e 65 anni di età, uguale per maschi e femmine, e con ricorso all'assistenza medica in un terzo dei casi. Altri autori hanno trovato una bassa prevalenza di questa patologia in Africa dove la dieta è principalmente a base di fibre (Burkitt e Graham-Stewart, 1975), in contrasto con con i paesi industrializzati, dove sono stati trovati tassi del 50-60% nella popolazione di età media (Hiams e Philpot, 1970).

La frequenza aumenta anche con l'età e si dimostra maggiore nelle donne con più di 65 anni, specie se hanno avuto uno o più figli (Böhler e Wienert, 1994). Il 70% delle donne che si rivolgono al medico per emorroidi hanno avuto una o più gravidanze (Habr-Gama, 1994).

EPIDEMIOLOGIA DELLA MALATTIA EMORROIDARIA DURANTE LA GRAVIDANZA E IL POST-PARTUM

Esistono dati piuttosto contrastanti sulla reale prevalenza di emorroidi sintomatiche in gravidanza, ma è comunemente riconosciuta essere più alta che nelle donne non gravide della stessa età (Medich e Fazio, 1995). Anche se nella maggior parte dei casi è lieve e transitoria, la malattia emorroidaria è la patologia anorettale più frequente della gravidanza e del puerperio.

La letteratura su questo argomento non è molto ampia (vedi Tab. I). Lo studio di Simmons (1972) è vecchio, retrospettivo e realizzato a partire da questionari riempiti dalle partorienti. Quest'ultimo punto è importante, perché molte delle pazienti che giungono a visita ambulatoriale per "emorroidi" in realtà all'esame obiettivo presentano altre patologie, principalmente la ragade anale.

Quindi vi è probabilmente una parte importante di ragadi all'interno del 38% riportato da questo autore che aveva posto la domanda: "Avete sofferto di emorroidi nel corso della gravidanza?" Questo studio ha tuttavia il merito di aver messo in luce l'importanza dei problemi proctologici della gravida.

Mac Arthur et al (1991) hanno realizzato uno studio su questionari postali e hanno trovato che il 5.3% delle patologie emorroidarie permanevano 6 settimane dopo il parto.

Due vecchi studi francesi hanno il merito di essere prospettici con un esame proctologico sistematico. Essi hanno studiato il tasso di trombosi emorroidarie esterne e non i disturbi emorroidari dei due autori precedenti. Il tasso di trombosi emorroidarie è più basso per Rouillon et al (1991), probabilmente perché le partorienti sono state sottoposte ad esame proctologico alcune ore dopo il parto, mentre Pradel et al (1983) hanno esaminato le loro pazienti entro la prima e la quinta giornata post-partum, lasciando forse più tempo alla trombosi per manifestarsi. Da considerare però che Pradel et al dichiarano che una parte importante di pazienti hanno abbandonato i controlli del follow-up (il 35%), il che può spiegare in parte il loro alto tasso di trombosi emorroidarie durante la gravidanza e l'immediato post-partum: le pazienti che venivano a controllo erano probabilmente le più malate. La reale incidenza si trova probabilmente tra questi due estremi.

Abramowitz et al (2002) hanno esaminato in modo prospettico 165 donne rilevando il 7.9% (13/165) di trombosi emorroidarie durante il terzo trimestre di gravidanza e il 20% (33/165) durante il post-partum. Il 91% delle trombosi emorroidarie (30/33) sono comparse entro poche ore dal parto. Per finire Gojnic et al (2005) riportano una altissima incidenza di patologia emorroidaria, addirittura dell'85%, nella popolazione di donne gravide di Serbia e Montenegro, durante il secondo e terzo trimestre di gravidanza.

Prevalenza della malattia emorroidaria nel post-partum, anche in relazione al tipo di parto

Nelle prime 6 settimane dopo il parto (che costituiscono la lunghezza del tradizionale periodo post-partum, pari al tempo impiegato dall'utero a tornare alle sue dimensioni pre-gravidiche) molti dei problemi legati alla gravidanza e all'immediato post-partum tendono a regredire, mentre alcuni tendono a persistere, e altri a comparire ex-novo. La necessità di prendersi cura del figlio con l'aumento del carico di lavoro e le nuove responsabilità che ciò comporta, specie in assenza di adeguato supporto, determina la comparsa o il persistere di una lunga serie di segni e sintomi quali mal di schiena, affaticamento, depressione, problemi sessuali, incontinenza urinaria, stipsi, emorroidi e molti altri.

Per quanto concerne la patologia emorroidaria, Borders (2006) in una review riporta una prevalenza di patologia emorroidaria del 8-24% nei primi 3 mesi, del 24% da 3 a 6 mesi e del 16% dopo più di 6 mesi, dei tassi nettamente superiori a quelli della popolazione generale.

Due studi australiani condotti per mezzo di questionari postali hanno analizzato i problemi di salute del post-partum in relazione a vari fattori, tra cui il metodo del parto.

Brown e Lumley (1998), su un campione di 1336 donne analizzato a 6 mesi dal parto, hanno rilevato un'incidenza di emorroidi del 25% nelle donne che avevano avuto un parto vaginale naturale, del 36% in quelle che avevano avuto un parto vaginale assistito e del 11-16% in quelle che avevano avuto un parto cesareo.

Thompson et al (2002) hanno analizzato un campione di 1295 donne ed elaborando i dati a 4 giorni e a 8, 16 e 24 settimane dal parto, ottenendo i tassi di patologia emorroidaria riportati nella tabella II.

I dati riportati negli studi suddetti dimostrano il ruolo fondamentale del parto vaginale traumatico come fattore di rischio per la patologia emorroidaria nel post-partum immediato, ma anche tardivo

SINTOMATOLOGIA

Le emorroidi normalmente funzionanti sono asintomatiche; quando vi è un'alterazione funzionale e/o strutturale e le emorroidi divengono sintomatiche si parla di malattia emorroidaria.

La malattia emorroidaria può portare a una serie di complicanze quali sanguinamento, prolasso, soiling, trombosi, da soli o in combinazione.

I sintomi associati comprendono bruciore, prurito, sanguinamento intermittente, un grado variabile di perdita di muco, feci o gas, problemi di igiene perianale, discomfort, dolore.

I sintomi più comuni durante la gravidanza e il puerperio sono il dolore e il sanguinamento intermittente dall'ano. Benché allarmante per la paziente, questo sanguinamento non è solitamente severo e cessa spontaneamente. Anche il dolore costituisce motivo di apprensione per una giovane donna fino ad allora in perfetta buona salute. A seconda del grado di dolore, la qualità di vita della paziente può essere influenzata in modo variabile, da un lieve discomfort a una reale difficoltà a gestire le attività della vita quotidiana come camminare, sedersi, defecare, dormire, prendersi cura della famiglia o del neonato.

FISIOPATOLOGIA

Con sforzi ripetuti di ponzamento, secondari a stipsi, diarrea e tenesmo oppure a tentativi prolungati di defecazione, specialmente durante la lettura in bagno, i cuscinetti fibrovascolari scivolano nel canale anale, si ingorgano e la mucosa soprastante diviene sottile e friabile con traumatizzazione dei vasi sottostanti determinando sanguinamento rosso vivo (per l'ossigenazione arteriosa dovuta agli shunt artero-venosi) in assenza di dolore che può essere visibile sulla carta igienica, sulle feci o sulle pareti del water.

Ulteriori sforzi danneggiano il muscolo sospensore di Treitz e possono causare prolasso e ingorgo dei cuscinetti emorroidari interni, che si associano a discomfort e tensione perianale. Il prolasso può anche verificarsi durante il cammino, il sollevamento pesi o la gravidanza come risultato dell'aumentata pressione intraaddominale. Inizialmente il prolasso può ridursi spontaneamente, ma con il passare del tempo tende a determinare una persistente perdita di muco associata a prurito ed escoriazioni perianali, tracce di sangue sulla biancheria intima e soiling fecale, specialmente nelle persone anziane.

Se il prolasso diviene irriducibile a causa di edema e spasmo dello sfintere, le emorroidi interne possono andare incontro a strangolamento con necrosi e dolore e la malattia può divenire sistemica: a causa delle connessioni con il sistema portale; le emorroidi gangrenose con sovrainfezione possono portare in rari casi a pileflebite.

L'anemia da malattia emorroidaria non è comune (incidenza 0.5/1000 000) e si può facilmente correggere con l'emorroidectomia.

Poiché esistono comunicazioni tra il plesso emorroidario interno ed esterno a livello della linea dentata, anche le vene emorroidarie esterne divengono ingorgate con gli sforzi del ponzamento e con il passare del tempo gli sforzi cronici possono portare allo sviluppo di emorroidi interne ed esterne associate.

Nella maggior parte dei casi le emorroidi esterne sono asintomatiche eccetto che in caso di trombizzazione, nel qual caso si presentano con una tumefazione perianale acutamente e intensamente dolente, oppure i gavoccioli esterni sono così voluminosi che l'igiene è impossibile.

EZIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO

L'eziologia non è ben conosciuta ma sono ormai noti vari fattori predisponenti quali una storia di stipsi dovuta a basso contenuto di fibre e a uno scarso introito di liquidi, o patologie intestinali associate ad aumento della pressione intraaddominale o a diarrea.

I fattori di rischio possono essere classificati come:

- ereditari
- da alterazioni del transito intestinale
- legati al ciclo genitale femminile

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto alcuni studi hanno suggerito che ormoni quali il progesterone, l'FSH, la prolattina e gli steroidi possono essere responsabili di alcuni dei sintomi. La fase premestruale, la gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio hanno una forte influenza su questa patologia.

Durante la gravidanza sono soprattutto gli effetti del progesterone sui vasi, la pressione dell'utero gravido sulle vene rettaliche e l'aumento del volume circolante i fattori che contribuiscono a rendere più frequente la malattia emorroidaria.

Inoltre i muscoli sfinteriali e le strutture del pavimento pelvico possono essere modificati in tono e posizione durante gravidanza, parto e puerperio, determinando un'alterazione del normale funzionamento dei cuscinetti emorroidari che predispone all'insorgenza dei sintomi.

Fattori di rischio inerenti la gravidanza e il puerperio

La natura retrospettiva o la debolezza degli studi prospettici a nostra disposizione devono rendere prudente la loro interpretazione.

Mac Arthur et al (1991) considerano che il parto operativo con il forcipe, una lunga durata della fase espulsiva e un neonato di grosso peso accrescano il rischio di complicazioni emorroidarie. In più, il parto cesareo è associato ad una minor incidenza di questa patologia.

Questi dati sono confermati da Rouillon et al (1991), che ritrovano il prolungato tempo di travaglio e un neonato di grosso peso come fattori di rischio, ai quali associano la storia personale e familiare di patologia emorroidaria.

Nella serie di Abramowitz et al (2002) si ritrova il fattore traumatizzante del parto perché certi elementi che riflettono tale traumatismo, quali un neonato di grosso peso e la lacerazione della piccola labbra materna, sono associati a un maggior numero di trombosi emorroidarie ($p < 0.05$). Inoltre, essi riportano un solo caso di trombosi emorroidaria tra le 25 pazienti della coorte sottoposte a cesareo (4%), mentre erano 32 i casi tra le 140 donne (23%) che avevano partorito per via vaginale ($p < 0.089$). Infine, la comparsa di trombosi emorroidaria immediatamente dopo il parto per via vaginale con un differenza tra la percentuale di trombosi prima e dopo il parto (7.8% vs 20%) altamente significativa ($p < 0.0001$) rinforza l'idea del ruolo preponderante del parto vaginale stesso. Un altro fattore di rischio, seppur meno significativo, riportato sempre da Abramowitz et al, è il parto post-termine.

Un'altra nozione riportata in letteratura in varie review è il ruolo preponderante della stipsi nella comparsa della patologia emorroidaria nella gravida e nella puerpera. Nella serie di Abramowitz et al si dimostra il ruolo della dischezia nella comparsa della trombosi emorroidaria dopo il parto. Infatti, tra le 33 partorienti affette da trombosi emorroidaria, 12 avevano dischezia (36.4%), mentre tra le 107 indenni da patologia anale (emorroidi o ragade) 22 (20.6%) soffrivano di stipsi ($p < 0.0001$). Inoltre, nessuna paziente che aveva sviluppato incontinenza anale dopo il parto ha sofferto di patologia emorroidaria.

Dal lavoro di Abramowitz et al si può quindi dedurre che la patologia emorroidaria post-partum è favorita dal parto traumatico e dalla stipsi della partoriente.

La stipsi in gravidanza

La stipsi è comune durante la gravidanza e ha varie cause potenziali, come elencato nella Tab. III (Marshall et al, 1998). Gli effetti ormonali, come quelli relativi agli effetti del progesterone e di altri ormoni sulla muscolatura liscia gastrointestinale, così come sulla muscolatura e sui tessuti di supporto del pavimento pelvico, sono stati tradizionalmente invocati per spiegare la comparsa della stipsi (presumibilmente del tipo da rallentato transito) durante il primo e secondo trimestre, mentre gli effetti “meccanici” dell’utero gravido sul pavimento pelvico, diaframma e muscoli addominali sono stati ritenuti responsabili della difficoltosa defecazione nell’ultimo trimestre.

Vel al pena notare che mentre gli effetti di vari ormoni sessuali sulla muscolatura intestinale sono stati ben caratterizzati in vitro, c’è scarso consenso sull’impatto di questi stessi ormoni sulla motilità intestinale in vivo, in condizioni fisiologiche. Bisogna tener conto del fatto che ci sono state poche ricerche sui meccanismi della stipsi in gravidanza, e la classificazione sopra menzionata di eziologia per trimestri è perciò scarsamente supportata da dati oggettivi (Quigley, 2007).

In uno studio prospettico, per esempio, mentre la stipsi era più comune a 12 che a 36 settimane (8.9 vs 4.5%), i sintomi suggestivi di defecazione difficoltosa (defecazione dolorosa, sensazione di blocco anale, senso di incompleta evacuazione) erano, contrariamente alle aspettative, ugualmente comuni a 12 e 36 settimane. Tutti i sintomi intestinali, ad eccezione del senso di incompleta evacuazione, erano meno prevalenti 12 mesi post-partum che ad ogni stadio durante la gravidanza (Van Brummen et al, 2006).

Questi rilievi sono stati recentemente, e per la maggior parte, confermati da Derbyshire e colleghi (2007) che hanno trovato che la prevalenza sia del ponzamento (21-39%) che dell’incompleta evacuazione (12.5-22%) era alta in tutti i trimestri, con la prevalenza di incompleta evacuazione e il tempo per completare l’atto defecatorio che si riducevano drammaticamente quando valutati 6 settimane dopo il parto. Nello studio precedente, peraltro, la prevalenza di evacuazione incompleta era addirittura più alta nel primo trimestre.

Presi insieme, questi studi contrastano l’ipotesi “meccanica” e suggeriscono che le variazioni della funzione intestinale durante la gravidanza sono molto verosimilmente spiegate da un effetto ormonale che si espleta per tutta la durata della gravidanza, o dall’impatto di pre-esistenti disfunzioni intestinali (Baron et al, 1993).

Il progesterone è generalmente considerato il principale candidato ormonale a questo proposito (Baron et al, 1993), ma studi sui suoi effetti (in dosi che simulavano livelli che si raggiungerebbero durante la fase luteale del ciclo mestruale) sul transito gastrointestinale dimostravano piuttosto chiaramente, ma anche sorprendentemente, che questo ormone accelerava, piuttosto che ritardare, lo svuotamento colico (Gonenne et al, 2006). Una mancanza di risposta al progesterone è stata perciò suggerita giocare un ruolo nella patogenesi della stipsi da rallentato transito (Xiao et al, 2005).

L’utilizzo di supplementi di ferro per os è stato tradizionalmente imputato per la comparsa di stipsi in gravidanza; il fallimento di Milman e colleghi (2006) di dimostrare un qualsiasi effetto di dosi sempre maggiori di ferro per via orale sui sintomi gastrointestinali (inclusa la stipsi) mette in dubbio questo assunto.

Ci sono stati pochi trials controllati su qualsiasi intervento per alleviare la stipsi durante la gravidanza. Jewell e Young, nella loro review della Cochrane del 2001, hanno potuto identificare solo 2 trials che consideravano attendibili e hanno concluso che il trattamento dovrebbe iniziare con una dieta ad alto contenuto di fibre o supplementi di fibre e passare poi ai lassativi osmotici se la prima misura fallisce.

L’uso di supplementi di fibre (Anderson e Wichelow, 1985) e i lassativi a base di poli-etilen-glicole (Tytgat et al, 2003) sono stati ulteriormente supportati da altri trias clinici. Nello scegliere ulteriori trattamenti, il clinico necessita di tenere a mente la classificazione dei farmaci in relazione all’uso in gravidanza e al rischio di poter indurre un travaglio prematuro.

IL RUOLO DEL PROCTOLOGO NELLA PATOLOGIA EMORROIDARIA DURANTE LA GRAVIDANZA E IL POST-PARTUM OGGI IN ITALIA

La necessità di una conoscenza dettagliata delle basi fisiopatologiche della malattia emorroidaria in gravidanza e di un approccio il più possibile conservativo da parte di tutto il personale medico e infermieristico, ha indotto tre Autori di Roma, Gaj, Trecca e Crispino (2007), a condurre un'inchiesta rivolta a 165 ostetriche della regione Lazio per valutare non solo i dati epidemiologici relativi alla malattia emorroidaria in gravidanza, ma anche le principali modalità di gestione della malattia da parte di questa categoria professionale. Il campione intervistato ha potuto monitorare quindi un totale di circa 20 000 parti espletati nella regione Lazio. I dati principali hanno evidenziato come il 95% delle ostetriche riferisce di aver osservato sintomi riferibili alla malattia emorroidaria soprattutto nel terzo trimestre di gravidanza nel 57% delle pazienti che espletano il parto naturalmente e nel 41% di quelle che effettuano un parto vaginale operativo. La crisi emorroidaria e il prolasso anale insorto durante il parto viene gestito nel 58% dei casi personalmente dall'ostetrica o dal ginecologo, mentre soltanto nel 42% dei casi le gestanti con complicanze legate alla patologia emorroidaria vengono indirizzate al personale specializzato. Il dato più importante riguarda sicuramente il fatto che solo il 42% delle ostetriche si rivolge allo specialista in caso di patologia emorroidaria e che circa la metà delle intervistate non conosce il ruolo del proctologo o la possibilità di utilizzare metodiche riabilitative pelviche.

La vastità del campione esaminato, per quanto riferibile solo alla regione Lazio, sembra evidenziare come la gestione della malattia emorroidaria da parte delle ostetriche risulti limitata ad un approccio empirico forse a causa di una mancata collaborazione con i ginecologi e i proctologi che invece potrebbe rappresentare la base operativa per una migliore conoscenza del problema e per l'utilizzo di più efficaci misure terapeutiche.

VALUTAZIONE DELLA PAZIENTE CON PATOLOGIA EMORROIDARIA DURANTE LA GRAVIDANZA E IL POST-PARTUM

Non tutti i disturbi riferiti dalle pazienti sono veramente da attribuire alle emorroidi e perciò ogni paziente deve essere valutata con attenzione per determinare la reale causa dei suoi sintomi.

L'anamnesi deve includere non solo la caratterizzazione di sanguinamento, prolasso, dolore e alvo, ma anche una valutazione della storia ostetrica (settimana di gravidanza o distanza dal parto, tipo di parto, eventuali complicanze), della storia della funzionalità coagulativa, la possibilità di patologie epatiche, malattie infiammatorie croniche o immunosoppressione.

Prima di qualsiasi trattamento deve essere effettuato un attento esame obiettivo completo comprendente l'eversione del canale anale ottenuta per opposta trazione con i due pollici, esplorazione rettale digitale, anosopia (con e senza ponzamento) e/o rettosopia.

Deve essere preso in considerazione l'appropriato spettro di diagnosi differenziali che include i tumori coloretali, le fistole e gli ascessi perianali, le malattie infiammatorie croniche intestinali (in particolare il morbo di Crohn), il prolasso rettale, i conditomi perianali, le altre malattie sessualmente trasmesse e l'idrosadenite suppurativa.

Pur tenendo conto delle peculiarità della situazione di gravida o puerpera, ogni paziente con sanguinamento rettale dovrebbe andare incontro ad un adeguato inquadramento diagnostico per escludere la possibilità di neoplasie coliche prossimali.

In una giovane paziente con rettorragia e malattia emorroidaria all'esame obiettivo in assenza di familiarità per neoplasie coloretali e sintomi sistemici, anosopia e rettosopia sono sufficienti.

In una paziente post-partum con più di 40 anni, con familiarità per cancro coloretale o variazioni dell'alvo, è necessario effettuare una pancolonsopia o almeno un clisma a doppio contrasto.

Lo stesso discorso vale in caso di un test del sangue occulto positivo o di un'anemia sideropenica. Una malattia emorroidaria associata a soiling o incontinenza può richiedere tests di fisiologia

anoretale (manometria anoretale, defecografia) o ecografia endoanale, soprattutto se si prende in considerazione l'opzione chirurgica.

CLASSIFICAZIONE DELLE EMORROIDI INTERNE

Le emorroidi interne vengono classificate in 4 gradi in base al grado di prolasso e alla presenza di sintomi:

- Grado I: le emorroidi interne protrudono nel lume del canale anale e possono produrre sanguinamento in assenza di dolore
- Grado II: le emorroidi interne prolassano con il ponzamento ma si riducono spontaneamente
- Grado III: le emorroidi interne prolassano spontaneamente o con il ponzamento e richiedono riduzione manuale
- Grado IV: le emorroidi interne sono permanentemente prolassate e irriducibili.

Un'accurata classificazione è importante sia per selezionare il trattamento appropriato che per valutare l'efficacia riferita dei vari trattamenti.

In generale le emorroidi meno sintomatiche, come quelle che causano solo sanguinamento di lieve entità, possono essere trattate con semplici consigli igienico-dietetici, quali modificazioni della dieta e delle abitudini defecatorie, o con procedure ambulatoriali, mentre le emorroidi con sintomatologia più grave, quali quelle di grado III e IV, spesso richiedono un trattamento chirurgico, essendo le misure conservative inefficaci.

TRATTAMENTO

Le opzioni terapeutiche a disposizione per il trattamento delle emorroidi, senza riferimento alla gravidanza, possono essere suddivise in:

- conservative
- ambulatoriali alternative
- chirurgiche

Il trattamento conservativo si basa su:

- modificazioni dietetiche (alto introito di fibre e di liquidi, somministrazione di fibre o di lassativi formanti massa) per ridurre la stipsi e lo sforzo del ponzamento all'atto defecatorio
- farmaci stimanti o deprimenti il transito intestinale (a seconda che la donna soffra di stipsi o di diarrea)
- trattamenti locali (semicupi con prodotti emollienti o antisettici blandi, creme, unguenti o supposte contenenti anestetici, antiinfiammatori e steroidi, da soli o in combinazione)
- farmaci della famiglia dei flavonoidi, quali i rutosidi, che teoricamente determinano una riduzione della fragilità capillare, migliorando la microcircolazione nell'insufficienza venosa

I trattamenti ambulatoriali alternativi generalmente non richiedono anestesia, ed includono:

- scleroterapia
- legatura elastica
- crioterapia
- fotocoagulazione a infrarossi
- laser terapia

I trattamenti chirurgici, che costituiscono una terza linea dopo il fallimento delle altre opzioni, richiedono generalmente l'anestesia e l'ospedalizzazione, e includono:

- l'emorroidectomia nelle diverse varianti tecniche
- l'emorroidopessi con stapler

In caso di trombosi emorroidaria esterna dolorosa ma non edematosa si può procedere a incisione ed evacuazione del gavocciolo emorroidario trombizzato in anestetica locale, con immediato sollievo sintomatologico.

Il trattamento delle emorroidi durante la gravidanza è principalmente diretto al sollievo dei sintomi, in particolare al controllo del dolore. Per la maggior parte delle donne, i sintomi regrediranno spontaneamente a breve distanza dal parto, per cui ogni trattamento correttivo deve essere rimandato a un momento successivo.

Opzioni terapeutiche da considerare nella gravidanza e nel puerperio

Regolatori del transito:

- se stipsi (più spesso): lassativi, fibre
- se diarrea: inibitori del transito

Antinfiammatori per os:

- corticosteroidi in gravidanza e allattamento
- corticosteroidi o FANS se post-partum senza allattamento

Topici locali a base di corticosteroidi (supposte e pomate)

Analgesici a base di paracetamolo se dolore resistente

Flebotonici

Semicupi, ghiaccio, gel anestetico (xilocaina)

Se trombosi dolorosa e non edematosa (caso molto raro): escissione o incisione ed evacuazione del trombo

Se politrombosi massiva e necrotica o fallimento della terapia medica (casi molto rari): emorroidectomia chirurgica

Trattamento conservativo (modificazioni della dieta e dello stile di vita)

Il trattamento conservativo primario di tutte le emorroidi sintomatiche è quello dietetico, che consiste in un adeguato introito di fluidi e fibre per eliminare la stipsi e lo sforzo del ponzamento. Supplementi di fibre quali lo Psyllium funzionano di concerto con l'acqua per ammorbidire le feci e conseguentemente ridurre la stipsi. Anche la diarrea può essere controllata con le fibre di Psyllium che aggiunge massa alle feci liquide aumentandone la consistenza e riducendo il numero delle evacuazioni.

Possono essere aggiunti se necessario agenti che ammorbidiscano le feci. I semicupi sono utili per alleviare il dolore anale e mantenere l'igiene anale. Una attività fisica leggera deve essere raccomandata.

Prodotti topici da banco e supposte contenenti anestetici locali, corticosteroidi, astringenti, antisettici e protettivi sono disponibili e possono alleviare i sintomi di prurito e discomfort. Comunque, l'uso a lungo termine di questi prodotti deve essere scoraggiato, in particolare quello delle preparazioni contenenti corticosteroidi che possono danneggiare permanentemente o causare ulcerazioni della cute perianale. Non sono disponibili trials randomizzati controllati per sostenere il loro utilizzo così diffuso, neppure riguardanti la popolazione generale.

I flebotonici orali, quali i flavonoidi, sono stati usati come supplementi dietetici nel trattamento delle emorroidi sintomatiche in Europa e nel Lontano Oriente. Il meccanismo d'azione di questi farmaci rimane non ben chiarito, ma sembrano migliorare il tono venoso, ridurre l'iperpermeabilità, ed avere effetti antinfiammatori. Comunque, una recente metanalisi ha concluso che limitazioni della qualità metodologica e potenziali bias nelle pubblicazioni sollevano dubbi sui benefici di

questi agenti nel trattamento delle emorroidi (Alonso-Coello et al, 2006). I flavonoidi non sono stati approvati per l'uso negli Stati Uniti dalla Food and Drug Administration

DISCUSSIONE CON REVISIONE DELLA LETTERATURA

Le emorroidi sono un problema medico molto comune e costituiscono la più frequente patologia anorettale della gravidanza e del puerperio. Il trattamento delle emorroidi durante la gravidanza si basa inizialmente su un approccio conservativo.

Benché i sintomi siano spesso lievi e transitori, le emorroidi possono portare spesso a ripetuti episodi di rettorragia e a dolore, che possono essere allarmanti per la donna. Il dolore può essere più severo se c'è trombosi locale, tanto da interferire con le attività della vita quotidiana, e può essere un motivo di apprensione aggiuntivo se presente vicino al momento del parto.

La review della Cochrane di Quijano e Abalos (2005) si è proposta di valutare gli studi relativi al trattamento conservativo delle emorroidi sintomatiche o complicate in gravidanza e nel puerperio e costituisce il tentativo fino ad oggi più autorevole di mettere ordine nella letteratura corrente.

La stipsi è più comune durante la gravidanza e costituisce un fattore predisponente per le emorroidi. Un aumentato introito di fibre e acqua nella dieta, o l'aggiunta di un supplemento di fibre sono utilizzati per risolvere la stipsi e, indirettamente, migliorare i segni e i sintomi delle emorroidi.

Jewell e Young, nella loro review della Cochrane del 2001, hanno potuto identificare solo 2 trials che consideravano attendibili e hanno concluso che il trattamento della stipsi in gravidanza dovrebbe iniziare con una dieta ad alto contenuto di fibre o supplementi di fibre e passare poi ai lassativi stimolanti se la prima misura fallisce. In questo studio non viene però preso in considerazione l'effetto della riduzione della stipsi sulle emorroidi in gravidanza.

Le fibre mostrano un effetto benefico significativo sulla sintomatologia così come sul sanguinamento nel trattamento delle emorroidi sintomatiche, ma spesso 6 settimane o più sono necessarie prima di poter notare un miglioramento. Tuttavia il prolasso coinvolge alterazioni strutturali che difficilmente migliorano con un cambiamento della consistenza delle feci o della frequenza delle evacuazioni. In altre parole, un danno al tessuto connettivo che supporta i cuscinetti emorroidari, risultante dallo sforzo cronico del ponzamento, difficilmente migliora con la sola supplementazione dietetica di fibre (Alonso-Coello 2005).

Interventi locali come semicupi, ghiaccio, o unguenti contenenti anestetici, flebotonici o glucocorticoidi da soli o in combinazione sono largamente usati e frequentemente prescritti in medicina generale, specialmente per gli episodi trombotici acuti. Ovviamente anch'essi possono portare un sollievo a breve termine, ma non hanno effetto sulle alterazioni patologiche sottostanti.

Solo un trial randomizzato controllato ha valutato un unguento locale contenente una associazione di un eparinoide, steroide, anestetico locale e un disinfettante in 100 puerpere consecutive (Ledward, 1980). E' stato comunque escluso dalla suddetta review di Quijano e Abalos (2005) perché il 32% delle donne era stato escluso dall'analisi dopo la randomizzazione. Perciò non vi è una solida evidenza che supporti l'utilizzo di prodotti topici chiarendone rischi e benefici.

I rutosidi appartengono alla famiglia dei flavonoidi (prodotti naturali estratti dalle piante), dei farmaci proposti per il trattamento dell'insufficienza venosa cronica. Benché il loro meccanismo d'azione non sia ben conosciuto, l'effetto flebotonico potrebbe essere legato all'aumento del drenaggio linfatico, al miglioramento del tono venoso, e a una riduzione dell'iperpermeabilità capillare. Anche una riduzione della fragilità capillare della mucosa rettale è stata proposta come possibile meccanismo. I veri benefici e l'efficacia di questi farmaci non sono ancora chiari e vi sono dubbi sulla loro sicurezza. Gli effetti collaterali principali dei flavonoidi sono gastrointestinali, e sono definiti come lievi e transitori. Al di fuori della gravidanza essi sono generalmente utilizzati negli stadi meno severi delle emorroidi, cioè nel I e nel II grado, e durante gli episodi di trombosi.

Nella review di Quijano e Abalos (2005) solo 2 trials per un totale di 150 donne hanno valutato l'efficacia degli idrossietilrutosidi durante la gravidanza (Wijayanegara et al, 1992, Titapant et al,

2001). Il trattamento sembra essere efficace per il sollievo dei sintomi a 4 settimane nelle donne gravide con emorroidi di I e II grado. Nonostante non vi siano prove di alcun effetto dannoso sul feto (è riportato un solo caso di polidattilia in una donna arruolata alla 34^a settimana di gravidanza e nessun caso di morte fetale), il campione analizzato è troppo piccolo per potersi esprimere sulla sicurezza di questo farmaco in gravidanza.

Implicazioni per la ricerca

Poichè le modificazioni dietetiche o i trattamenti locali sono universalmente considerati nella pratica clinica come il primo approccio alle emorroidi sintomatiche, è necessario intraprendere più ricerche su entrambi questi tipi di intervento per valutare la loro efficacia e sicurezza. Per quanto riguarda i rutosidi sono necessari ulteriori dati sulla sicurezza in gravidanza da ampi trials clinici randomizzati. Poiché il trattamento è proposto per periodi relativamente lunghi durante il secondo e terzo trimestre di gravidanza, è necessario che questi studi siano abbastanza ampi da valutare qualsiasi possibile effetto avverso sul feto.

CONCLUSIONI

La malattia emorroidaria è la patologia anorettale più frequente durante la gravidanza e il puerperio, raggiungendo l'incidenza massima subito dopo il parto, pari al 12-34%. Il trattamento delle emorroidi durante la gravidanza si basa inizialmente su un approccio conservativo.

Così come nella popolazione generale, il fattore di rischio principale è costituito dalla stipsi refrattaria, cui va ad aggiungersi l'eventuale parto vaginale traumatico. Appare perciò fondamentale raccomandare una regolarizzazione del transito intestinale attraverso regole igienico-dietetiche (aumentare l'introito di fibre alimentari, bere almeno 1.5 l d'acqua al giorno) e la somministrazione di lassativi alle pazienti con stipsi refrattaria, durante la gravidanza e soprattutto nel post-partum, al fine di ridurre il rischio di emorroidi sintomatiche.

Interventi locali come semicupi, ghiaccio, o unguenti contenenti anestetici, flebotonici o glucocorticoidi da soli o in combinazione possono portare un sollievo a breve termine nelle pazienti sintomatiche, ma, così come la regolarizzazione del transito, non hanno effetto sul prolasso e sulle altre alterazioni strutturali sottostanti la patologia emorroidaria. Inoltre non esistono evidenze che supportino l'utilizzo di prodotti topici chiarendone rischi e benefici.

Il trattamento con rutosidi, della famiglia dei flavonoidi, sembra essere efficace per il sollievo dei sintomi a 4 settimane nelle donne gravide con emorroidi di I e II grado, ma ancora non è possibile esprimersi sulla sicurezza di questo farmaco in gravidanza.

La chirurgia per malattia intrattabile deve essere posticipata fino a che il feto sia vitale o ancora meglio fino a dopo il parto. La legatura elastica determina un significativo sollievo sintomatologico in molte delle pazienti con emorroidi interne di II e III grado. L'emorroidectomia è riservata alle pazienti con emorroidi interne di III e IV grado e a quelle in cui la legatura elastica è stata inefficace. Le emorroidi esterne con trombizzazione acuta da strangolamento richiedono incisione in urgenza. Sia l'escissione che l'incisione delle emorroidi deve essere effettuata in anestesia locale in decubito laterale sinistro.

PAROLE CHIAVE

Parto traumatico, stipsi, trattamento conservativo, fibre, flavonoidi, agenti topici.

TABELLE

TABELLA I.

Studi pubblicati sull'incidenza della patologia emorroidaria nella gravidanza e nel puerperio.

	Durante la gravidanza % (n)	Nell'immediato post-partum	Nel post-partum tardivo (> 6 settimane)
Simmons	38 (26/68)		
Pradel et al	24(10/41)	34 (18/52)	
Mac Arthur et al			5.3%
Rouillon et al		12.2 (20/164)	
Abramowitz et al	7.9 (13/165)	20 (33/165)	
Gojnic et al	85%		

TABELLA II.

Prevalenza della patologia emorroidaria a 8, 16 e 24 settimane dal parto in relazione al metodo del parto.

Tempo	Parto vaginale naturale	Parto vaginale assistito	Parto cesareo	p
0-8 sett	30%	37%	25%	0.03
9-16 sett	17%	19%	19%	0.55
17-24 sett	12%	19%	14%	0.05

TABELLA III.

Cause di stipsi in gravidanza.

1. Ormonali
2. Meccaniche
3. Iatrogene (farmaci)
4. Multiparità
5. Patologie pre-esistenti
 - a. Stipsi cronica da rallentato transito
 - b. Sindrome del colon irritabile
 - c. Megacolon congenito o acquisito
 - d. Pseudo-occlusione intestinale cronica idiopatica

BIBLIOGRAFIA

Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Darai E, Mignon M, Madelenat P. Anal Fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002;45:650–5.

Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, Johanson JF, Lopez-Yarto M, Mills E, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004649. DOI:10.1002/14651858.CD004649.pub2.

Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, et al.. Meta-analysis of flavanoids for the treatment of hemorrhoids. *Br J Surg* 2006; 93: 909-920.

Anderson AS & Whichelow MJ. Constipation during pregnancy: dietary fibre intake and the effect of fibre supplementation. *Hum Nutr Appl Nutr* 1985; 39: 202–207.

Atkinson RE, Hudson CN. Ano-rectal and perineal disorders of pregnancy and puerperim. *Practitioner* 1970;205:789–90.

Baron TH, Ramirez B & Richter JE. Gastrointestinal motility disorders during pregnancy. *Ann Intern Med* 1993; 118: 366–375.

Böhler V, Wienert V. Prevalence of hemorrhoids and hemorrhoidal disease. *Medicographia* 1994;16:34–8.

Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(4):242-8.

Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: Results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:156–61.

Burkitt DP, Graham-Stewart CW. Hemorrhoids-postulated pathogenesis and proposed prevention. *Postgraduate Medical Journal* 1975; 51:631–6.

Charles D. Special problems of the colon and rectum encountered in obstetric practice. *Clin Obstet Gynecol* 1972;15:522–41.

Derbyshire EJ, Davies J & Detmar P. Changes in bowel function: pregnancy and the puerperium. *Dig Dis Sci* 2007; 52: 324–328.

Gaj F, Trecca A, Crispino P. Haemorrhoid disease during pregnancy: focus on delivery unit. *Clin Ter* 2007;158(4):285-9.

Garrigues JM, Rouillon JM. Hémorroïdes et grossesses. *MCD* 1992; 21:191–2.

Gojnic M, Dugalic V, Papic M, Vidaković S, Milićević S, Pervulov M. The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005;32(3):183-4.

Gonenne J, Esfandyari T, Camilleri M et al. Effect of female sex hormone supplementation and withdrawal on gastrointestinal and colonic transit in postmenopausal women. *Neurogastroenterol Motil* 2006; 18: 911–918.

- Habr-Gama A. Proctologic diseases during pregnancy [Afeccoes proctológicas na gravides]. *Actas Curso Internacional de Coloproctología*; September 1994; Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. 1994.
- Hiams I, Philpot J. An epidemiological investigation of hemorrhoids. *American Journal of Proctology* 1970;21:177–93.
- Jewell DJ & Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (2): CD001142.
- Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98(2):380–6.
- Ledward RS. The management of puerperal haemorrhoids. A double-blind clinical trial of an anal rectal ointment. *Practitioner* 1980;224: 660–1.
- MacArthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:1193–204.
- Marshall K, Thompson KA, Walsh DM et al. Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and postpartum: survey of current findings at the Rotunda Lying-in Hospital. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 400–402.
- Medich DS, Fazio VW. Surgery in pregnant women [Cirugía en embarazadas]. *Clinicas Quirúrgicas de Norte América* 1995;1:67–9.
- Milman N, Byg KE, Bergholt T et al. Side effects of oral iron prophylaxis in pregnancy—myth or reality? *Acta Haematol* 2006; 115: 53–57.
- Pradel E, Terris G, Juilliard F, De la Lande PH, Chartier M. Grossesse et pathologie anale. Étude prospective. *Méd Chir Dig* 1983;12:523–5.
- Quigley EM. Impact of pregnancy and parturition on the anal sphincters and pelvic floor. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2007;21(5):879-91.
- Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 20;(3):CD004077.
- Rouillon JM, Blanc P, Garrigues JM, Viala JL, Michel H. Analyse de l'incidence et des facteurs étiopathogéniques des thromboses hémorroïdaires du post-partum. *Gastroentérol Clin Biol* 1991;15:A 300.
- Simmons SC. Anorectal disorders in pregnancy. *Proc R Soc Med* 1972;65:286
- Singer AJ, Brandt LJ. Pathophysiology of the gastrointestinal tract during pregnancy. *Am J Gastroenterol* 1991;86:1695–712.

Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002;29(2):83-94.

Titapant V, Indrasukhsri B, Lekprasert V, Boonnuch W. Trihydroxyethylrutosides in the treatment of hemorrhoids of pregnancy: a double-blind placebo-controlled trial. *J Med Assoc Thai.* 2001;84(10):1395-400

Tytgat GN, Heading RC, Muller-Lissner S et al. Contemporary understanding and management of reflux and constipation in the general population and pregnancy: a consensus meeting. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 291–301.

Van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G et al. Defecatory symptoms during and after the first pregnancy: prevalences and associated factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 224–230.

Wijayanegara H, Mose JC, Aghmad L, Sobarna R, Permadi W. A clinical trial of hydroxyethylrutosides in the treatment of haemorrhoids of pregnancy. *J of International Med Res* 1992; 20: 54-60.

Xiao ZL, Pricolo V, Biancani P et al. Role of progesterone signaling in the regulation of G-protein levels in female chronic constipation. *Gastroenterology* 2005; 128: 667–675.