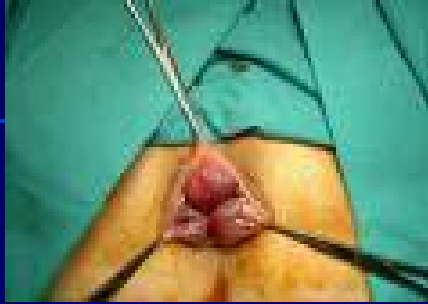


ITER FORMATIVO IN COLOPROCTOLOGIA

**CORSO AVANZATO E UPDATE IN
COLOPROCTOLOGIA**

Vercelli, 15-17 Dicembre 2008



**LA PATOLOGIA EMORROIDARIA
DURANTE LA GRAVIDANZA E IL
PUERPERIO**

Francesco Martini

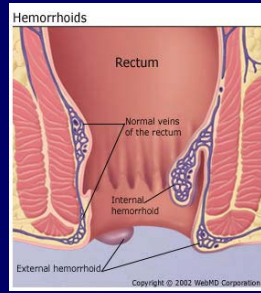
S.O.D. Chirurgia Generale Oncologica
Azienda Ospedaliero-Universitaria
Careggi, Firenze
(Dir. Prof. Renato Moretti)



SOD Chirurgia Generale Oncologica
AOU Careggi - Firenze



INTRODUZIONE



- ✓ E' la patologia anorettale più frequente nella gravidanza e nel puerperio
- ✓ Prevalenza più alta rispetto alle donne non gravide della stessa età
- ✓ Nella maggior parte dei casi è lieve e transitoria
- ✓ I sintomi più comuni sono:
 - dolore, che può influenzare in modo variabile la qualità di vita, da lieve discomfort a difficoltà nella gestione delle attività quotidiane
 - sanguinamento, solitamente è lieve e cessa spontaneamente
- ✓ Necessaria una gestione multidisciplinare soprattutto nei casi più complessi



PREVALENZA

	Durante la gravidanza % (n)	Nell'immediato post-partum % (n)	Nel post-partum tardivo (> 6 sett)
<i>Simmons, Proc R Soc Med 1972</i>	38 (26/68)		
<i>Pradel et al, Méd Chir Dig 1983</i>	24 (10/41)	34 (18/52)	
<i>Mac Arthur et al, Br J Obstet Gynaecol 1991</i>			5.3%
<i>Rouillon et al, Gastroentérol Clin Biol 1991</i>		12.2 (20/164)	
<i>Abramowitz et al, Dis Colon Rectum 2002</i>	7.9 (13/165)	20 (33/165)	
<i>Gojnic et al, Clin Exp Obstet Gynecol 2005</i>	85%		



PREVALENZA

Abramowitz et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum 2002

- 165 pz analizzate in modo prospettico con esame proctologico
- Prevalenza di trombosi emorroidarie esterne
 - 7.9% (13/165) durante il terzo trimestre di gravidanza
 - 20% (33/165) durante il post-partumdi cui il 91% (30/33) comparse entro poche ore dal parto



PREVALENZA NEL POST-PARTUM

Thompson JF et al. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002



- 1295 donne sottoposte a questionario postale

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



FATTORI DI RISCHIO

□ Ereditari

□ Da alterazioni del transito intestinale

- **stipsi**
- **diarrea**

□ Legati a gravidanza e puerperio

- **ormoni** (prolattina, FSH, progesterone, steroidi)
- **pressione dell'utero gravido sulle vene rettali**
- **aumento del volume circolante**
- **modificazioni di tono e posizione dei muscoli sfinteriali e delle strutture del pavimento pelvico**



FATTORI DI RISCHIO

□ Legati al parto

- Parto traumatico

parto operativo con il forcipe
lunga durata della fase espulsiva
neonato di grosso peso



- Parto post-termine



Abramowitz et al, Dis Colon Rectum 2002



CAUSE DI STIPSI IN GRAVIDANZA

- **Ormonali** - I e II trimestre
(progesterone: effetti su muscolatura liscia gastrointestinale e su muscoli e tessuti di supporto del pavimento pelvico)
- **Meccaniche** - III trimestre
(P dell'utero gravido su pavimento pelvico, diaframma e muscoli addominali)
- **Iatrogene (farmaci)**
- **Multiparità**
- **Patologie pre-esistenti**
 - stipsi cronica da rallentato transito
 - sindrome del colon irritabile
 - megacolon congenito o acquisito
 - pseudo-occlusione intestinale cronica idiopatica



IL RUOLO DEL PROCTOLOGO OGGI IN ITALIA

Gaj et al. Haemorrhoid disease during pregnancy: focus on delivery unit.
Clin Ter 2007

- Indagine condotta su 165 ostetriche del Lazio
 - Circa 20 000 parti monitorati
 - Il 95% dichiara di aver osservato sintomi di patologia emorroidaria nel III trimestre di gravidanza
 - Nel 58% dei casi le complicanze emorroidarie vengono gestite dall'ostetrica e/o dal ginecologo
 - **Solo nel 42% dei casi viene coinvolto il proctologo**
 - Più della metà delle ostetriche intervistate non conosce il ruolo del proctologo o la possibilità di utilizzare metodiche riabilitative pelviche
- ➔ **Scarsa collaborazione tra ostetriche, ginecologi e proctologi**



TRATTAMENTO



- ✓ Si basa inizialmente su un **approccio conservativo**, diretto al sollievo dai sintomi, in particolare dal dolore
- ✓ Nella maggior parte dei casi i sintomi regrediscono spontaneamente a breve distanza dal parto
- ✓ La maggior parte delle evidenze sull'efficacia delle opzioni terapeutiche disponibili è basata su studi effettuati su pazienti non in gravidanza
- ✓ Non esistono dati sulla sicurezza in gravidanza



TRATTAMENTO



❖ **Regolarizzazione del transito intestinale**

in caso di stipsi

- aumento dell'introito di fibre e acqua
- supplementi di fibre
- lassativi

in caso di diarrea

- agenti che deprimono il transito intestinale

❖ **Trattamenti topici**

- semicupi con prodotti emollienti o antisettici blandi
- creme, unguenti o supposte contenenti anestetici, antiinfiammatori e steroidi

❖ **Flebotonici (flavonoidi)**





Emorroidi in gravidanza

TRATTAMENTO DELLA STIPSI IN GRAVIDANZA

Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001

2 trials considerati attendibili

- La supplementazione di fibre aumenta la frequenza di defecazioni e determina la formazione di feci più morbide
- I lassativi stimolanti sono più efficaci dei formanti massa, ma possono causare più effetti collaterali



Il trattamento 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



TRATTAMENTO CON FLAVONOIDI

Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database Syst Rev* 2005

Selezionati 2 trials per un totale di 150 donne, che 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

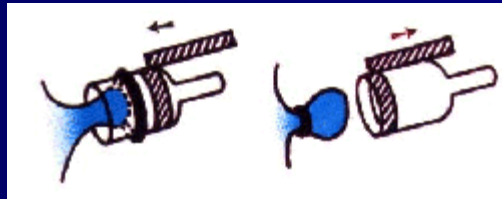
Nonostante non vi siano prove di alcun effetto dannoso sul feto (è riportato un solo caso di polidattilia in una donna arruolata alla 34a settimana di gravidanza e nessun caso di morte fetale), il campione analizzato è troppo piccolo per potersi esprimere sulla sicurezza di questo farmaco in gravidanza



TERAPIA CHIURGICA IN GRAVIDANZA



- La chirurgia per malattia intrattabile dovrebbe essere posticipata fino a che il feto sia vitale o ancora meglio fino a dopo il parto.
- La legatura elastica può essere una valida alternativa, determinando un significativo sollievo sintomatologico in molte delle pazienti con emorroidi interne di II e III grado.
- L'emorroidectomia è riservata alle pazienti con politrombosi massiva necrotica o con emorroidi interne di III e IV grado intrattabili in cui le altre terapie siano state inefficaci.
- Le emorroidi esterne con trombizzazione acuta richiedono incisione in urgenza in anestesia locale in decubito laterale sinistro.



CONCLUSIONI



- ✓ E' la patologia anorettale più frequente nella gravidanza e nel puerperio
- ✓ Incidenza massima subito dopo il parto (ruolo del traumatismo del parto)
- ✓ Di solito è lieve e regredisce dopo il parto
- ✓ Trattamento essenzialmente conservativo e mirato al sollievo dai sintomi, soprattutto dal dolore: correzione della stipsi (fibre, lassativi), trattamenti topici, flavonoidi
- ✓ Chirurgia solo nei rari casi di politrombosi massiva necrotica o grave patologia intrattabile
- ✓ Necessario intraprendere ricerche per valutare efficacia e sicurezza dei trattamenti conservativi in gravidanza, data la quasi totale assenza ad oggi di trials clinici controllati

