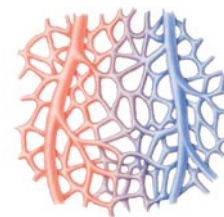


Stipsi ed emorroidi: la sindrome da ostruita defecazione. Gestione del paziente cardiopatico in crisi emorroidaria acuta



Valeria Gianfreda

Responsabile Ambulatorio di Colon-proctologia e patologie del pavimento pelvico, U.O.C. di Chirurgia Generale e d'Urgenza, Ospedale Madre Giuseppina Vannini, Roma

La sindrome da ostruita defecazione è una sindrome che può manifestarsi con una serie di sintomi clinici, che vengono riferiti dai pazienti quali: stipsi, senso di incompleta evacuazione, senso di defecazione frammentata con multipli episodi defecatori durante l'arco della giornata, sanguinamento rettale, senso di peso pelvico e perineale, meteorismo, dolore anale con fuoriuscita del prolasso muco-emorroidario e/o del prolasso rettale.

Alla fuoriuscita del prolasso muco-emorroidario sono da imputare la maggior parte dei sintomi lamentati dal paziente, che ricorre necessariamente a visita chirurgica specialistica quali: il sanguinamento rettale anche non associato al dolore, durante e dopo la defecazione; si possono associare sintomi quali il prurito anale, l'ano umido, l'edema del plesso emorroidario, l'irritazione perianale e il dolore, che è da attribuire allo stato di trombosi e/o strangolamento del plesso emorroidario

stesso prolassato all'esterno.

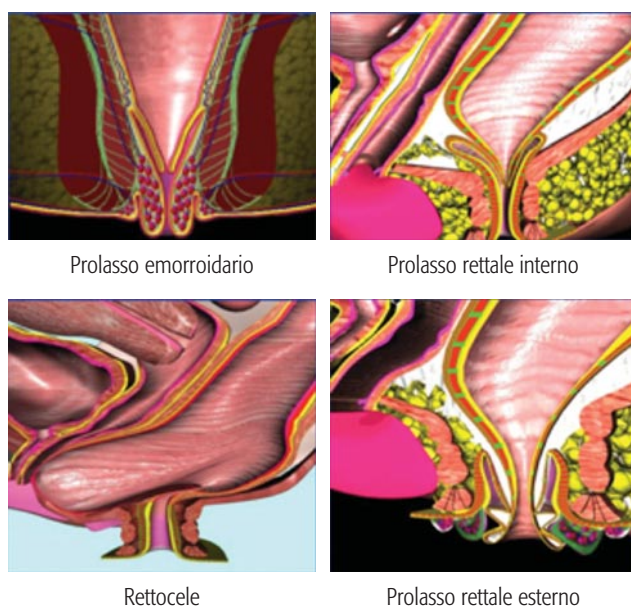
Tali sintomi secondo la "teoria unitaria del prolasso", enunciata dal Dott. Antonio Longo (1,2) sono da imputare alla presenza di un prolasso del retto; infatti all'esame Rx defecografico, viene dimostrata la presenza di un retto molto più lungo e ridondante rispetto all'anatomia normale. Ridondanza del retto (Fig. 1) si può manifestare con differenti quadri morfologici quali: il prolasso muco-emorroidario (I-IV grado), il prolasso rettale interno, l'invaginazione retto-rettale, il rettocele e il prolasso rettale esterno.

È stato dimostrato (Fig. 2) che essi sono stadi e morfologie differenti di un'unica patologia di base e che esse possono essere causa di alterazioni pelviche e che possono coesistere con prevalenza di uno dell'altro quadro nello stesso esame diagnostico Rx defecografico.

Figura 1. Rx defecografica: prolasso rettale.



Figura 2. Teoria unitaria del prolasso (da: Longo A. mod.).



A tali quadri morfologici sono dovuti i differenti e svariati sintomi che si associano per caratterizzare la sindrome da ostruita defecazione.

Il prollasso muco-emorroidario distinto in 4 gradi.

I grado: prollasso mucoso interno.

II grado: prollasso mucoso esterno che si riduce al termine della defecazione.

III grado: prollasso mucoso esterno che si riduce manualmente.

IV grado: prollasso mucoso non riducibile.

Il prollasso rettale interno e l'invaginazione retto-rettale che si manifestano con la stipsi, il senso di incompleta evacuazione, il senso di defecazione frammentata, il senso di peso pelvi-perineale e la rettorragia.

Il rettocele con la necessità di digitazioni anali e vaginali per svuotare il retto, il senso di peso e l'ingombro vaginale, la dispareunia.

Il prollasso rettale esterno, che si manifesta con l'estroffessione all'esterno della mucosa del retto o del retto a tutto spessore con sintomi da incontinenza fecale, sanguinamento rettale, ano umido.

La diagnosi

La diagnosi di sindrome da ostruita defecazione nasce da un accurato esame anamnestico e da un esame obiettivo specialistico mediante l'ispezione e l'esplorazione rettale, che ci consente di escludere la presenza di altre patologie retto-anali, lo stato sfinteriale e lo stato perineale. Il grado del prollasso emorroidario deve essere sempre ricercato eseguendo la visita a riposo e in ponzamento. L'esame endoscopico viene richiesto sempre per escludere patologie neoplastiche o patologie infiammatorie croniche.

Completiamo lo studio con un esame di Rx pelvigrafia dinamica per valutare la precisa entità del prollasso rettale interno e dell'invaginazione retto-rettale e retto-ale, che ci consentirà poi di stabilire la corretta strategia chirurgica.

La terapia

L'intervento S.T.A.R.R. (Stapled Transanal Rectal Resection)(3-8), ideata e proposta da Antonio Longo (9-11) è la procedura chirurgica innovativa, mininvasiva, trans-ale che consente di correggere tutti i differenti quadri morfologici a cui corrispondono i vari sintomi della sindrome da ostruita defecazione, consentendo inoltre un corretto lifting del tessuto emorroidario prollassato all'esterno con un ripristino dell'anatomia del retto e del canale anale e sovente la risalita del perineo.

L'intervento consiste nella resezione del retto distale, con utilizzo di una doppia suturatrice meccanica circolare (Stapler),

preservando e rispettando il tessuto emorroidario; in tal modo viene asportato il prollasso del retto con una resezione rettale a tutto spessore ed effettuando il lifting del tessuto emorroidario riposizionandolo nella corretta posizione anatomica.

Descrizione della tecnica chirurgica: il paziente viene sistemato in posizione litotomica e viene inserito un catetere vescicale. Una volta preparato il campo chirurgico, come prima cosa viene posizionato un dilatatore anale attraverso cui verrà eseguito l'intervento. Il primo atto dell'intervento prevede la resezione della parete anteriore del retto comprendente il rettocele: con l'aiuto di un anoscopio fenestrato, vengono appo-

Figura 3. S.T.A.R.R. (Stapled Transanal Rectal Resection) Step 1.

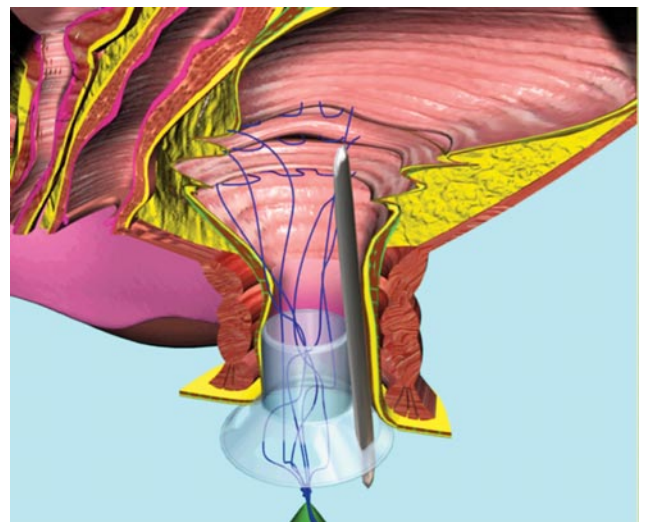


Figura 4. S.T.A.R.R. (Stapled Transanal Rectal Resection) Step 2.

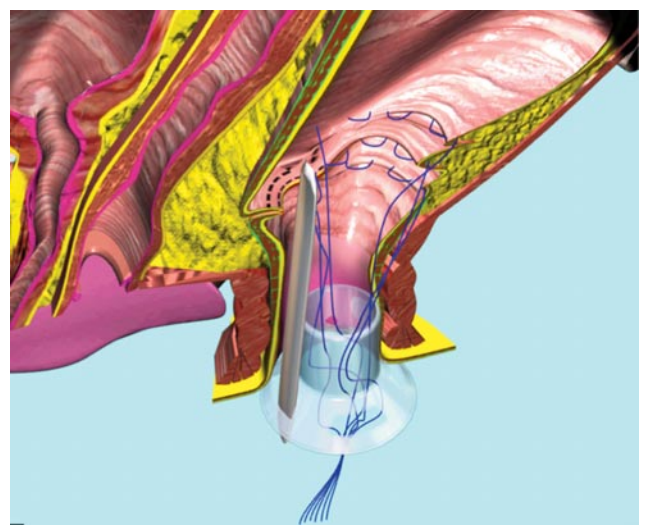
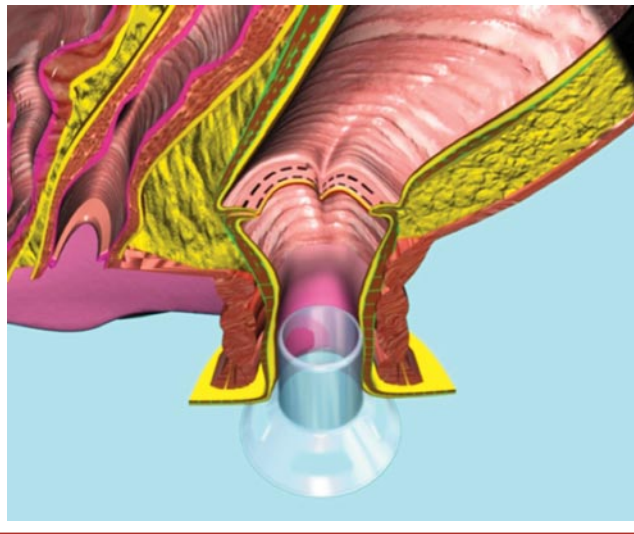


Figura 5. S.T.A.R.R. (Stapled Transanal Rectal Resection) Step 3.



sti 3 punti rispettivamente a ore 12, 9 e 3, a circa 2 cm dall'apice emorroidario (Fig. 3). Successivamente, previo posizionamento di un divaricatore posto a difesa della parete posteriore del retto e di una valva vaginale, si esegue la resezione-anastomosi della parete anteriore del retto attraverso una suturatrice meccanica. Il secondo atto riguarda la resezione della parete posteriore del retto: 3 punti vengono posti a ore 3, 9 e 6 (Fig. 4) e sempre proteggendo questa volta la parete anteriore del retto, si esegue la resezione-anastomosi della parete posteriore del retto distale, sempre attraverso una suturatrice meccanica. L'intervento termina con il controllo del sanguinamento dalla rima anastomotica attraverso il posizionamento di punti di emostasi (Fig. 5). Il risultato del lifting si offre già al chirurgo subito terminato l'intervento, allorché immettendo una garza nel lume rettale, mediante una semplice trazione, non si evidenzia più il prolasso. In genere è sufficiente posizionare un tampone per qualche ora nel lume rettale perché possa fare da spia a eventuali sanguinamenti lasciando che questi, se mai fossero svelati, vengano trattati immediatamente. L'alimentazione riprende precocemente come precocemente si stimola l'evacuazione. Dopo un giorno di ricovero avviene la dimissione e la ripresa delle attività sociali avviene piuttosto precocemente.

Casistica ambulatoriale e operatoria: tra il 2008 ed il 2014 nella U.O.C. di Chirurgia Generale dell'Ospedale "M. G. Vannini" di Roma sono stati visitati, presso l'ambulatorio specialistico di colon-proctologia e patologie del pavimento pelvico, 2.900 pazienti. Di questi 1.400 sono stati inclusi nel nostro studio e 407 pazienti sono stati sottoposti a intervento chirurgico S.T.A.R.R. per sindrome da ostruita defecazione. I pazienti sono stati se-

guiti al follow-up a 3, 6, 9, 12 mesi e poi una volta l'anno per la valutazione dei risultati a breve e a lungo termine.

Casi clinici

Abbiamo selezionato dei particolari casi clinici di pazienti cardiopatici in trattamento farmacologico cardiologico e anticoagulante con clinica positiva per rettorraggia abbondante, cronica e recidivante con crisi emorroidaria acuta dovuta a trombo- si emorroidaria e prolasso del plesso emorroidario non candidabili a chirurgia e abbiamo deciso di trattarli con trattamento conservativo farmacologico e follow-up ravvicinato.

Primo caso clinico

Paziente di 67 anni, di sesso maschile, ex-fumatore, con familiarità per ipertensione arteriosa, diabete mellito di tipo II e cardiopatia ischemica; affetto da ipertensione arteriosa, dislipidemia, cardiopatia ischemica cronica e fibrillazione atriale in terapia anticoagulante orale. Nel 2011 angioplastica e impianto di stent non medicato su II ramo marginale ottuso. Successivamente sottoposto a cardioversione elettrica con ripristino del ritmo sinusale, successivamente a visita cardiologica viene riscontrata aritmia totale da fibrillazione atriale pertanto veniva ripristinata terapia medica a base di amiodarone, cardioaspirina, Coumadin®, Seloken® e Karvezide®.

Il paziente giungeva in Pronto Soccorso per riferita rettorraggia, con evidenza di anemizzazione cronica a valori di Hb: 9,4, con HCT: 35%, da crisi emorroidaria acuta con trombosi mucoemorroidaria in atto.

Trattato in urgenza con fluido-terapia e acido tranexamico e.v. viene poi inviato a visita chirurgica colon-proctologica ambulatoriale. Eseguiva, in regime ambulatoriale, un esame endoscopico (rettosigmoidocolonscopia), che escludeva altre patologie colon-rettali, presenza di proctite con edema del tessuto emorroidario.

Il paziente giungeva alla nostra osservazione con un quadro di massiva trombosi emorroidaria circonferenziale e spiccata sintomatologia dolorosa anale, rettorraggia evidente all'esplorazione digitale del retto. In considerazione dell'anamnesi remota e prossima del paziente e in considerazione della terapia farmacologica cardiologica in atto non si indica l'intervento chirurgico, pertanto veniva sottoposto a terapia medica orale con l'associazione di flavonoidi (diosmina, esperidina, troxerutina) Triade® H bustine da 5 grammi per 3 somministrazioni nei primi 3 giorni, per 2 somministrazioni per i successivi 2 giorni e infine una singola somministrazione per 7 giorni.

Veniva consigliato l'uso di semicupi caldi e terapia locale con creme a base di acido ialuronico, assunzione di fibre per o.s. ed eventuale terapia antalgica.

Già al terzo giorno di terapia il paziente mostrava una riduzione dell'entità e degli episodi di rettorragia, con netto miglioramento della sintomatologia dolorosa e dello stato locale dell'edema dei tessuti perianali, al sesto giorno di terapia la completa scomparsa del dolore. Saltuari episodi di rettorragia si sono protratti fino al 14 giorno di terapia e il paziente, controllato dopo un mese, non mostrava alcuna sintomatologia e i valori dell'emocromo si erano completamente normalizzati.

Secondo caso clinico

Paziente di 85 anni, di sesso maschile, in mediocri condizioni generali, affetto da sindrome emorroidaria acuta complicata da anemia acuta (Hb: 7,3) per episodi quotidiani di rettorragia da molti mesi.

In anamnesi remota pregresso intervento di prostatectomia radicale per ipertrofia prostatica benigna, un episodio di polmonite e pleurite trattate con antibiotico-terapia, esegue una colonscopia, che mette in evidenza un quadro di dolicocolon e prolasso muco-emorroidario di III-IV grado.

Nel 2004 impianto di pace-maker per bradicardia.

Nel 2012 inizia terapia medica con Sintrom® per episodio di fibrillazione atriale trattata con cardioversione elettrica.

Attualmente in terapia medica con Micardis®, amiodarone, Pantopan®, Sintrom®, Alvonorm® e Lasix®.

Il paziente giunge, alla nostra osservazione, nel corso di un ricovero per rettorragia massiva con anemia sideropenica e astenia intensa. Accertamenti clinico-strumentali (rettosigmoidocolonscopia e Tc torace-addome) escludono altre patologie, evidenza di sindrome emorroidaria acuta con prolasso muco-emorroidario di III-IV grado associato ad abbondante e profusa rettorragia, senso di tenesmo rettale e dolore anale. Valori di emocromo: Hb 7,3. Viene sospesa la terapia anticoagulante e iniziata la terapia di supporto ed emotrasfusione.

In considerazione dell'età del paziente e dell'anamnesi remota e prossima e in considerazione della terapia anticoagulante appena sospesa, non si indica l'intervento chirurgico, pertanto veniva sottoposto a terapia medica orale con l'associazione di flavonoidi (diosmina, esperidina, troxerutina) Triade® H 5 grammi per 3 somministrazioni nei primi 3 giorni, per 2 somministrazioni per i successivi 2 giorni e, infine, una singola somministrazione per 7 giorni.

Veniva consigliato l'uso di semicupi caldi e terapia locale con creme a base di acido ialuronico, assunzione di fibre per o.s. ed eventuale terapia antalgica.

La terapia di mantenimento è stata eseguita con Triade® cpr al dosaggio di una cpr al giorno per 30 giorni.

La risposta clinica è stata ottenuta in 48 ore, con la risoluzione

quasi completa del dolore anale e l'arresto del sanguinamento. In quarta giornata il paziente era asintomatico e il prolasso emorroidario si riduceva spontaneamente. Per circa 20 giorni si sono verificati episodi saltuari di rettorragia non associata a dolore, con normalizzazione dei valori dell'emocromo che si sono poi attestati a valori di Hb pari a 12. Il paziente ha poi potuto ripristinare la sua terapia cardiologica e anticoagulante.

Terzo caso clinico

Paziente di 74 anni, di sesso maschile, affetto da rettorragia profusa e ano umido da prolasso rettale interno, associato a crisi emorroidaria acuta complicata con trombosi emorroidarie recidivanti, si associa un quadro di anemia cronica sideropenica (Hb:10,5). In anamnesi remota broncopneumopatia cronica ostruttiva e da oltre 20 anni severa forma di cardiopatia ischemica, pregresso intervento di by pass aorto-coronarico e angioplastica coronarica.

Attualmente in terapia medica con: Dilzene®, Moduretic®, Ascriptin® 300 mg, Pravaselect®. Il paziente giunge alla nostra osservazione inviato dal cardiologo di riferimento per rettorragia massiva con anemia sideropenica e astenia intensa.

All'esame obiettivo colo-proctologico reperto di intenso dolore perianale con crisi emorroidaria acuta associata a trombosi emorroidaria, abbondante rettorragia. Coesiste la presenza di una ragade anale posteriore acuta, che è responsabile di ipertono reattivo al dolore.

In considerazione dell'anamnesi cardiologica e in considerazione di un'alterazione laboratoristica elettrolitica (iponatriemia) non si indica l'intervento chirurgico, pertanto veniva sottoposto a terapia medica orale con l'associazione di flavonoidi (diosmina, esperidina, troxerutina) Triade® H 5 grammi per 3 somministrazioni nei primi 3 giorni, per 2 somministrazioni per i successivi 2 giorni e infine una singola somministrazione per 7 giorni.

Veniva consigliato l'uso di semicupi caldi e terapia locale con creme e supposte a base di acido ialuronico, assunzione di fibre per o.s. ed eventuale terapia antalgica.

La terapia di mantenimento è stata eseguita con Triade® cpr al dosaggio di una cpr al giorno per 60 giorni.

La risposta clinica è stata ottenuta in 72 ore, con il miglioramento della sintomatologia dolorosa e il graduale arresto del sanguinamento. In quinta giornata il paziente mostrava la riduzione spontanea del prolasso emorroidario con miglioramento del quadro edematoso e trombotico del prolasso esterno. Per circa 15 giorni si sono verificati episodi saltuari di rettorragia non associati a dolore, con normalizzazione dei valori dell'emocromo che si sono poi attestati a valori di Hb pari a 12,7.

Conclusioni

La patologia emorroidaria, il rettocele, il prolasso rettale interno ed esterno non sono da considerarsi come entità patologiche a sé stanti, ma come differenti manifestazioni di una stessa patologia che è causa di alterazioni pelviche che si manifesta clinicamente con la sindrome da ostruita defecazione.

L'intervento S.T.A.R.R. è una procedura sicura ed efficace nel trattamento della sindrome da ostruita defecazione in una coorte di pazienti selezionati.

La severità e la complessità delle complicanze che, possono avvenire dopo questa procedura chirurgica, suggeriscono la necessità che l'intervento sia condotto da chirurghi esperti nella chirurgia trans-ale.

In Letteratura diversi studi hanno dimostrato l'efficacia e la si-

curezza del trattamento a base di diosmina, esperidina e troxerutina (Triade® H) (12-14) in casi clinici selezionati, non candidati a chirurgia con crisi emorroidaria acuta associata a trombosi emorroidaria e rettorragia.

L'efficacia dell'azione è verosimilmente dovuta all'associazione di tre (15,16) differenti flavonoidi, che si potenziano a vicenda per mezzo delle peculiarità terapeutiche tipiche di ogni molecola utilizzata.

Nella nostra esperienza clinica possiamo confermare tali risultati in termini di efficacia e sicurezza in una coorte di pazienti selezionati, in terapia farmacologica cardiologica e anticoagulante; in tal modo è stato possibile ridurre il rischio di necessità di un atto chirurgico in un paziente a elevato rischio cardiologico.

Bibliografia

1. Longo A. Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with circular suturing device: a new procedure. 6th World Congress of Endoscopic Surgery, Rome, 1998:777-784.
2. Longo A. World Congress of Coloproctology. Ano-rectal prolapses. New proposals of clinical classification and treatment. Lettura Magistrale 2014
3. Boccasanta P, Venturi M. Stapled transanal rectal resection versus stapled anorectomy in the cure of hemorrhoids associated with rectal prolapsed. A randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis* 2007;22(3):245-251
4. Schwandner O, Stuto A. Decision-making algorithm for the STARR procedure in obstructed defecation syndrome: position statement of the group of STARR Pioneers. *Surg Innov* 2008;15(2):105-109.
5. Jayne DG, Schwandner O. Stapled transanal rectal resection for obstructed defecation syndrome: one-year results of the European STARR Registry. *Dis Colon Rectum* 2009;52(7):1205-1212.
6. Stuto A. Stapled trans-anal rectal resection (S.T.A.R.R.) in the surgical treatment of the obstructed defecation syndrome: results of STARR Italian Registry. *Surg Innov* 2011;18(3):248-253
7. Renzi A, Brillantino A, Di Sarno G et al. PPH-01 versus PPH-03 to perform STARR for the treatment of hemorrhoids associated with large internal rectal prolapsed: a prospective multicenter randomized trial. *Surg Innov* 2011;18(3):241-247.
8. Isbert C, Kim M. Stapled transanal resection for the treatment of obstructed defaecation syndrome. *Zentralbl Chir* 2012;137(4):364-370
9. Longo A, Lenisa L, Landolfi V. Historical background: treatments for hemorrhoids and ODS prior to transanal stapling techniques. *Transanal Stapling Techniques for Anorectal prolapse*. Jayne D, Stuto A. Springer Verlag 2009.
10. Longo A. The 3rd World Congress of Coloproctology and Pelvic Diseases. Benign Colorectal Diseases. Lettura Magistrale 2009.
11. Longo A. The 4th World Congress of Coloproctology and Pelvic Diseases. "POPS + STARR: an original technique. Early results. Lettura Magistrale. ARR Trans-anal assisted". Lettura Magistrale 2011.
12. Godeberge P. Arvenum 500 is significantly more effective than placebo in the treatment of haemorrhoids. *Plebology* 1992;7(Suppl 2):61-63.
13. Cospite M. Double-blind, placebo-controlled evaluation of clinical activity and safety of Arvenum 500 in the treatment of acute hemorrhoids. *Angiology* 1994;45(6 pt 2):566-573.
14. La Torre F, Nicolai AP, Otti M. Hemorrhoids and conservative treatment. Review of the literature on the use of diosmin and micronized hesperidin. *Mi-nerva Chir* 1999;54(12):909-916.
15. Lyseng-Williamson KA, Perry CM. Micronised purified flavonoid fraction: a review of its use in chronic venous insufficiency, venous ulcers and hemorrhoids. *Drugs* 2003;63(1):71-100.
16. Di Pierro F, Spinelli G, Monsu' G et al. Clinical effectiveness of a highly standardized and bioavailable mixture of flavonoids and triterpenes in the management of acute hemorrhoidal crisis. *Acta Biomed* 2011;82(1):35-40.