

Emorroidi e stitichezza

LA SCHEDE



Il dottore Antonino Longo

Il dottor Antonio Longo è direttore del Centro Europeo di Patologie Coloretali e Pelviche, il maggior centro mondiale per la formazione dei chirurghi (5000 in 12 anni). È autore delle tecniche di mucosetomia con stapler e STARR per la cura della malattia emorroidaria e della stipsi. È autore della tecnica POPS per la cura del prolasso di utero, vescica e retto (tecnica salva utero). Tre strumenti di Sua invenzione sono fabbricati dall'americana Johnson & Johnson e diffusissimi nel mondo. È il chirurgo coloretta- le più citato in letteratura negli ultimi 15 anni. Per ulteriori informazioni sulle tecniche e curriculum del Dott. Longo consultare il sito www.antonionlongo.it dove si trovano le interviste televisive, articoli di stampa. Per appuntamento contattare la segreteria al numero 091 6178001 dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18.

Ne soffre oltre metà della popolazione, spesso con serie ripercussioni sulla qualità di vita sociale e lavorativa. La scarsa e spesso errata informazione induce i pazienti a convivere con questi problemi. Le tecniche del siciliano Antonio Longo, si sono diffuse in tutto il mondo perché giudicate efficaci, mini-invasive e indolori.

••• Emorroidi e stipsi: cosa hanno in comune queste due patologie?

«Le emorroidi, o meglio la malattia emorroidaria, è sempre causata da un prolasso interno del retto che è anche la causa più frequente della stipsi, detta più correttamente ostruzione fecale perché si tratta di una vera e propria ostruzione meccanica dell'ultimo tratto dell'intestino, appunto il retto».

••• Cosa è il prolasso interno del retto?

«Il retto è il serbatoio finale delle feci ed è rivestito da una membrana mucosa, quando

questa si stacca dalla parete muscolare del retto, scivola verso l'ano formando un tappo che può rendere difficoltosa o impossibile l'evacuazione. Molto più frequentemente è invece tutto il retto a prolapsare, vale a dire che per eccessivo stiramento o dilatazione, si rompono le fibre muscolari ed il retto diventa più lungo e flaccido soprattutto nel tratto finale e si ripiega o affloscia su se stesso. Durante l'evacuazione si comporta come un cannocchiale, vale a dire si introduce dentro se stesso (invaginazione) impedendo l'espulsione delle feci. Nelle donne questo prolasso può dilatarsi formando un rettocele, che è una sacca difficile da svuotare e che può spingere la parete vaginale posteriore formando una "palla" in vagina».

«Certamente in alcuni casi è congenito, infatti alcuni bambini nascono con un prolasso addirittura già all'esterno o presentano una stipsi precoce. Gli altri fattori ritenuti responsabili sono le diete povere di scorie e acqua e quindi feci dure che inducono sforzi eccessivi per evacuare. Nelle donne il prolasso rettale può essere conseguente al prolasso dell'utero. Infine l'ansia e lo stress».

••• Ma perché si forma il prolasso rettale?

«Certamente in alcuni casi è congenito, infatti alcuni bambini nascono con un prolasso addirittura già all'esterno o presentano una stipsi precoce. Gli altri fattori ritenuti responsabili sono le diete povere di scorie e acqua e quindi feci dure che inducono sforzi eccessivi per evacuare. Nelle donne il prolasso rettale può essere conseguente al prolasso dell'utero. Infine l'ansia e lo stress».

••• Ansia e stress? In che modo?

«La evacuazione e la continenza delle feci sono regolate dal canale anale, gli ultimi 3 cm prima dell'orifizio anale. Nel canale anale vi sono dei recettori nervosi che, quando il retto è pieno sono capaci di distinguere i gas dalle feci. Questi recettori inviano dei segnali al cervello che, a sua volta, attiva il meccanismo di apertura degli sfinteri, che sono dei muscoli circolari attorno all'ano, che rilasciandosi consentono la fuoriuscita del gas o delle feci. Oltre agli sfinteri vi è un altro muscolo a forma di fionda (muscolo puborettale) che chiude il canale anale e nelle donne anche la vagina. Nei pazienti con ansia, conflitti interiori, stress, ecc..., questi muscoli sono più contratti della norma e non si rilasciano (dissinergia pelvica). I pazienti sono indotti a sforzarsi di più, spesso senza esito, e questi sforzi continuativi possono indurre un prolasso. È opportuno dire che anche in assenza di prolasso, l'insufficiente rilassamento sfinteriale causa una ostruzione fecale. Questo tipo di stitichezza è caratterizzata dalla incostanza. Nei periodi di relax questi pazienti evacuano meglio. È in pratica una malattia psicosomatica, che nelle donne può associarsi a difficoltà nei rapporti sessuali. In alcuni casi questa alterazione si sviluppa in persone che hanno subito violenza o tentativi di violenza sessuale perché sviluppano un ipertono di difesa. La terapia in que-

sti casi è preminentemente psicologica, tuttavia vi sono alcuni esercizi che insegnano al paziente tecniche di rilassamento e controllo sfinteriale».

••• Ma quali sono i sintomi iniziali della stitichezza che devono consigliare una visita?

«Il primo sintomo è spesso la sensazione dell'incompleto svuotamento, accompagnato da meteorismo intestinale e con la necessità di evacuare più volte al giorno. Successivamente si può avere uno stimolo raro, meno di tre volte a settimana, o assente. Altri hanno lo stimolo ad evacuare ma non riescono, per cui fanno ricorso sistematico a supposte; microclisteri; svuotamento con l'aiuto delle dita, che si vergognano a confessare, e purtroppo all'uso costante di lassativi ignorandone i gravi danni».

••• I lassativi fanno male? Perché?

«I lassativi assunti frequentemente, in Italia se ne consumano 500 milioni di euro all'anno, possono causare diversi disturbi: la melanosia del colon, che è una colorazione nera della mucosa del colon; l'inibizione dell'assorbimento di sali minerali e calcio, con conseguente astenia, depressione psichica e osteoporosi; disidratazione dei tessuti con concentrazione del sangue con rischio di trombosi e disturbi della circolazione; alterazioni nella fabbricazione e assorbimento di vitamine ed altre sostanze indispensabili, ecc... Negli USA è stato lanciato da anni l'allarme, verso medici e pazienti, su questo uso indiscriminato. In Italia purtroppo gli affari prevalgono sull'interesse dei pazienti e molti sono convinti che i lassativi, specie se erbe, sono innocui. Grave errore!»

••• Molti dei sintomi da Lei descritti sono tipici anche del colon irritabile e del rallentamento del transito, per colon molto lungo, il cosiddetto dolico-colon.

«Atteniamoci agli studi scientifici seri. È stato categoricamente dimostrato che non vi è nessuna relazione tra lunghezza del colon e stitichezza, quindi soggetti con colon corto possono avere stipsi e viceversa. Il tempo di transito intestinale non è un valore fisso, per cui la stessa persona in relazione all'alimentazione, attività fisica, stato emotivo, ecc... varia ogni giorno la velocità di transito, pertanto non essendo un valore assoluto non è un parametro attendibile. Anche in questo caso non vi è nessuna dimostrata relazione tra velocità di transito e stipsi. Infine la diagnosi di colon irritabile, abbiamo dimostrato, è errata almeno nel 95% dei casi. Quando non si è fatta una diagnosi della causa dei disturbi, la diagnosi di colon irritabile è

spesso una diagnosi di comodo per i medici. Infatti i sintomi sono mal definiti e aspecifici».

••• Lei è molto critico. Ci dice cosa dovrebbero fare i pazienti?

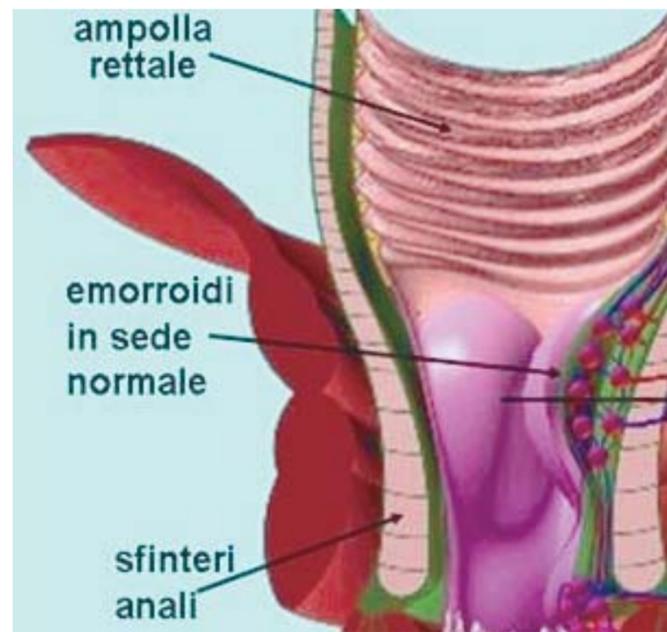
«Non credo di essere critico, in quanto faccio riferimento a studi scientifici ed ad una vastissima esperienza clinica personale. Si figuri che su 6400 pazienti che avevano avuto fatta una diagnosi di colon irritabile e per tale patologia curati, in 6230 abbiamo individuato la causa vera, quasi sempre una ostruita defecazione per prolasso rettale interno. Io dico che per fare una terapia efficace bisogna fare una diagnosi corretta. L'esame più importante nei pazienti con stipsi è la defecografia, che è un esame radiologico semplice che permette di rilevare se vi è un prolasso rettale interno, un rettocele oppure un cosiddetto mancato rilassamento sfinteriale. Queste alterazioni sono le cause più frequenti della stipsi. Pertanto il paziente affetto da stitichezza, deve pretendere che lo specialista a cui si rivolge prescriba una defecografia. Nel caso sia affetto da prolasso rettale interno e/o rettocele deve rivolgersi ad un proctologo».

••• Ed i proctologi che fate?

«Valutiamo l'entità dei prolassi, dei rettoceci e dei sintomi, proviamo a correggere l'alimentazione per avere una consistenza soffice delle feci. Se nonostante questo il paziente per evacuare è costretto ad assumere lassativi, a praticare clisteri, a svuotarsi manualmente, suggeriamo la correzione chirurgica del prolasso. Spesso richiediamo una colonoscopia per escludere tumori o altre malattie del colon».

••• Per correzione chirurgica si riferisce all'intervento Starr da Lei inventato ed ormai diffuso in tutto il mondo? Ci spiega questo intervento?

«Nel mondo sono stati eseguiti oltre 1,5 milioni di Starr. Si trat-



Le emorroidi sono strutture vascolari posizionate nel canale anale ed hanno continenza

ta di resecare il prolasso del retto e/o il rettocele attraverso l'orifizio anale, quindi senza alcun taglio ed in anestesia epidurale. L'intervento viene eseguito con strumenti da me brevettati e costruiti negli USA dalla J&J. Questo strumento, taglia e cuce contemporaneamente rendendo rapido l'intervento e soprattutto impedisce l'inquinamento batterico della sutura. La durata è di circa 30 minuti ed è richiesta una notte di ricovero. La ripresa dell'attività lavorativa avviene mediamente dopo 4 giorni. Il vantaggio maggiore è che non c'è quasi mai dolore dopo l'intervento perché la zona operata non ha recettori per il dolore. Inoltre non sono necessarie medicazioni».

••• Quali sono le possibili complicanze?

«La percentuale di complicanze riportata negli studi seri è molto bassa e si tratta di complicanze eccezionalmente serie. La più frequente è la urgenza di andare in bagno per qualche giorno o settimana, vi può essere una emorragia post-operatoria che richiede qualche punto di sutura, ematomi, deiscenze ecc... che comunque, pur ritardando la guarigione, non compromettono l'intervento. Complessivamente queste ultime complicanze sono meno dell'1%. In Italia, alcuni medici, con lo scopo di non perdere questi pazienti, cercano di terrorizzarli inventando ed enfatizzando queste complicanze. Posso assicurare che il 97% dei pazienti da me operati si dichiarano felici e soddisfatti. Consiglio ai pazienti di informarsi tramite la lettura degli articoli scientifici. Ricordando che pochi hanno interesse a guarirli definitivamente. Infatti questi pazienti rendono 500 milioni alle case farmaceutiche e milioni di visite gastroenterologiche per cambiare lassativi ed

eseguire esami spesso inutili».

••• Cosa succede se non si operano?

«Non si tratta di malattie maligne o che possono diventarle, quindi nessun rischio al riguardo. Il problema è che la stipsi può portare anche l'incontinenza fecale, sugli effetti dei lassativi abbiamo detto. Inoltre il prolasso può fuoriuscire all'esterno. Il rischio più grave è la discesa del pavimento pelvico con conseguenti problemi urinari. Recentemente è stato dimostrato che la stitichezza è la causa principale della formazione di diverticoli nel colon. Inoltre i pazienti con diverticoli del colon, se operati con tecnica Starr, corrono pochissimi rischi di complicanze diverticolari».

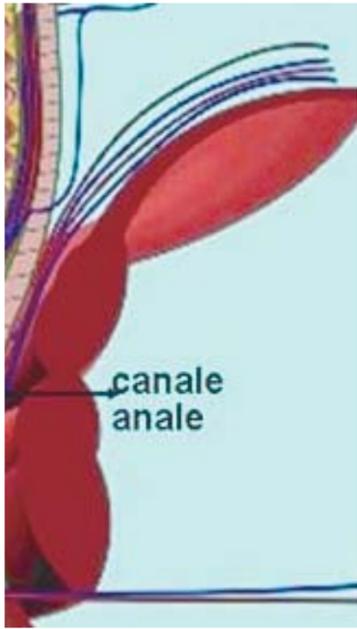
••• Emorroidi e stitichezza, qual è la relazione?

«Le emorroidi le abbiamo tutti e si formano già nell'embrione, hanno la importante funzione di perfezionare la continenza anale. Sono tre cuscinetti ricchi di vasi sanguigni e sono posizionati normalmente dentro il canale anale. I disturbi si manifestano quando fuoriescono all'esterno o, come si dice correttamente, prolapsano. Inizialmente non appaiono all'esterno ma si rigonfiano e spesso sanguinano (I° grado); poi prolapsano durante l'evacuazione ma rientrano spontaneamente (II° grado); successivamente prolapsano sempre durante l'evacuazione ma devono essere rientrate manualmente (III° grado); infine il prolasso diventa irriducibile o anche se vengono rientrate, fuoriescono spontaneamente o con piccoli sforzi (IV° grado). Il sintomo più frequente ma incostante è il sanguinamento che in alcuni casi può portare all'anemia. Il dolore non è un sintomo proprio delle emorroidi prolassate».

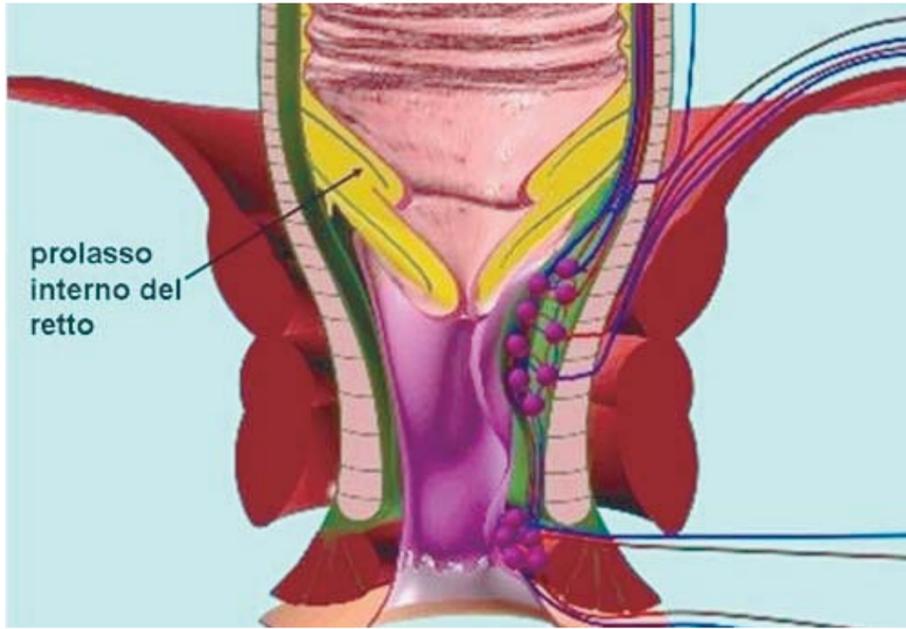
GLI STRUMENTI IN COMMERCIO IDEATI DA LONGO



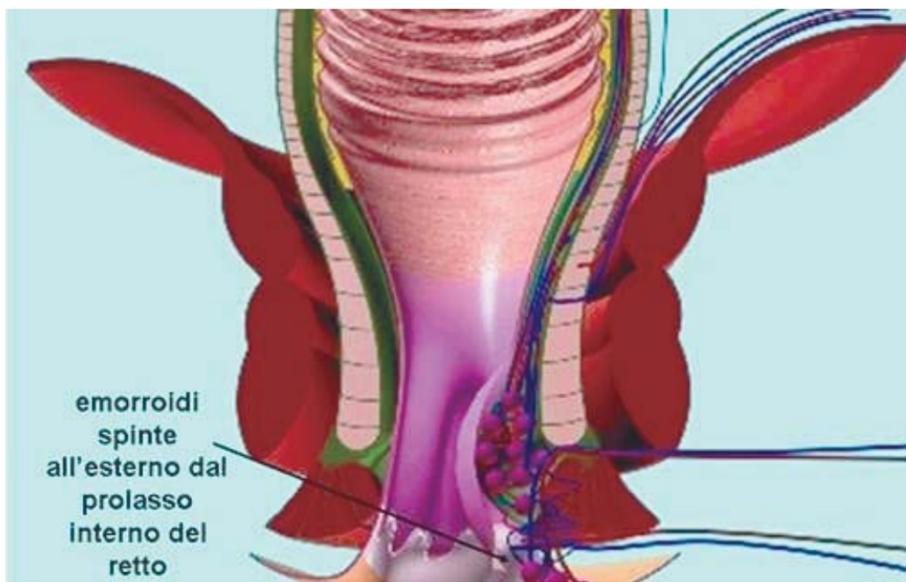
A sinistra in alto gli strumenti usati per la Stapled Anopexy (Metodo Longo); sopra Curved Cutter Stapler 30 (CCS 30) strumenti usati per la STARR (Tecnica Longo 2); accanto a sinistra lo strumento usato per la resezione del retto per cancro



o la funzione di perfezionare la



Prolasso interno del retto ostruisce il canale anale rendendo difficile l'evacuazione



Il prolasso interno del retto può spingere all'esterno le emorroidi facendole prolapsare

Quindi le emorroidi che prolapsano non danno dolore?
«Generalmente il dolore è dovuto alla formazione di una ferita anale lineare, la cosiddetta ragade anale che dà dolore intenso e prolungato per ore, dopo l'evacuazione, pur essendo una malattia banale, può seriamente invalidare i pazienti per lunghi periodi. Le emorroidi danno dolore soltanto quando si "strangolano" all'esterno, si forma cioè un rigonfiamento dovuto ad edema e trombosi che dà molto dolore. Questo strangolamento è spesso causato da un concomitante elevato tono di chiusura anale che impedisce alle emorroidi di rientrare. L'elevato tono di chiusura abbiamo già detto è quasi sempre la conseguenza di stress psichico. Un sintomo molto fastidioso, tipico del IV° grado è la perdita involontaria di muco, che infettando la pelle dà dermatite e prurito. Comunque, spesso, dermatite e prurito sono causati dall'uso eccessivo di creme e pomate.

••• Ma qual è la relazione tra stitichezza e prolasso delle emorroidi?
«Il prolasso interno del retto, oltre a causare la ostruita defecazione, tende a spingere verso l'esterno le emorroidi, il prolasso si comporta come un pistone in un cilindro che spinge all'esterno le emorroidi. Questo non significa che vi riesce sempre. Infatti vi sono pazienti che hanno stipsi da prolasso interno del retto senza problemi emorroidari; ma tutti pazienti con prolasso emorroidario hanno certamente un prolasso interno del retto che ne è la causa. quando si sviluppa il prolasso delle emorroidi anche parte della mucosa rettale prolapsata fuoriesce, liberando così il lume rettale».

••• Intende dire che quando si sviluppa il prolasso delle emorroidi i pazienti evacuano più agevolmente?
«È esattamente così. Infatti molti pazienti che visitiamo per emorroidi ci riferiscono di avere

sofferto di stipsi».

••• Allora quando si asportano le sole emorroidi non si cura la causa, cioè il prolasso rettale interno?
«Proprio così! Storicamente si è sempre ritenuto indispensabile asportare le emorroidi. Purtroppo ancora oggi, nonostante tutte le dimostrazioni contrarie, molti chirurghi continuano a proporre e a sottoporre al supplizio dell'asportazione delle emorroidi molti pazienti».

••• Addirittura supplizio? Ma non ci sono nuovi metodi meno dolorosi di emorroidectomia?
«Provi a chiederlo a chi ha subito questo intervento. Le emorroidi e l'anoderma (la cute che riveste l'ano), sono le regioni più sensibili del corpo. Lasciare tre ferite aperte in quella regione aspettando che guariscano da sole in sei settimane, farvi passare le feci e medicarle 2-3 volte al giorno, non è certamente un piacere ed è per questa ragione che l'intervento ha una pessima fama. I pazienti sono disposti ad assumere inutili e spesso dannosi farmaci e creme pur di evitare questo intervento. I tanto propagandati nuo-

vi mezzi per asportare le emorroidi, non hanno cambiato praticamente nulla, infatti il dolore è dovuto alle ferite residue non allo strumento che si adopera per asportare le emorroidi. Dopo iniziali entusiasmi creati dalle industrie, vedi laser, ligasure, ultracision, ecc... si ristabilisce la verità, purtroppo sulla pelle (dell'ano) dei pazienti. Il minore dolore è dovuto al miglioramento delle terapie antalgiche. Infine la cosiddetta legatura delle arterie emorroidarie con doppler, tanto decantata in Italia, negli USA, l'organismo che controlla la validità e sicurezza di farmaci e tecniche chirurgiche (FDA) aveva dichiarato che non esistono prove sull'efficacia di questo metodo e gli stessi inventori del brevetto THD l'hanno abbandonata per la scarsa efficacia e per l'altissima percentuale di recidive già dopo tre mesi».

••• Quindi non rimangono che la Stapled Anopexy e la STARR, le tecniche che prendono il Suo nome: tecniche Longo?
«È ovvio che questo è il mio personale pensiero. La Starr e la Stapled Anopexy sono entrambe tecniche per la correzione del pro-

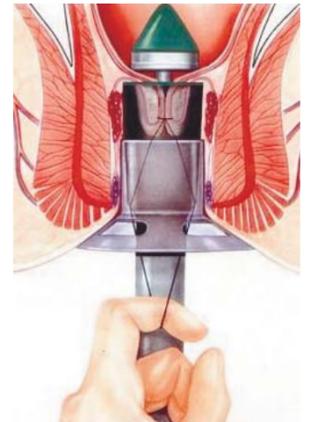
lasso interno del retto: la Starr per prolassi di tutto il retto, la Stapled Anopexy per il prolasso della sola mucosa. Nel caso di emorroidi prolapsate queste non vengono asportate ma risalite e fissate nella loro sede anatomica. Si tratta di un vero e proprio lifting. L'intervento è praticamente indolore perché non viene lesa la cute e la mucosa anale. Che io dica bene delle mie tecniche conta poco, è importante quello che pensano altri chirurghi e soprattutto i pazienti. Vi sono però alcuni dati obiettivi verificabili. Tutti gli articoli pubblicati riportano che la tecnica è praticamente indolore e lo ha certificato anche il NICE (Istituto Nazionale Eccellenze Cliniche) che è l'organismo più autorevole in Europa. Ad oggi in tutto il mondo sono stati eseguiti oltre 4 milioni di interventi ed ogni anno cresce la percentuale a scapito di altri interventi. Altre 5-6 industrie oltre alla J&J hanno imitato lo strumento e lo vendono in tutti i paesi; evidentemente si sono convinti che è l'intervento più accettato dai pazienti. Ma il vantaggio da tutti ammesso è che, con le tecniche da me proposte, si cura la causa della malattia emorroidaria. Inoltre lasciando le emorroidi si migliora la continenza anale».

LA TECNICA LONGO

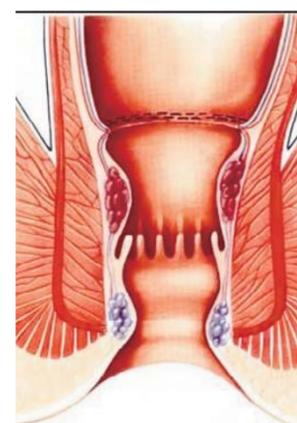
Prolasso emorroidario, la tecnica del dottore Longo



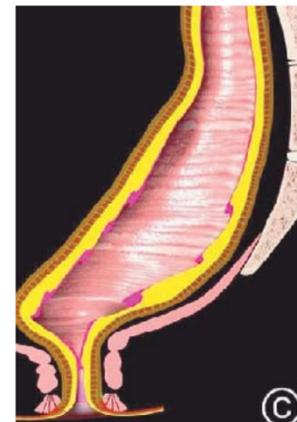
Prolasso di emorroidi e mucosa rettale.



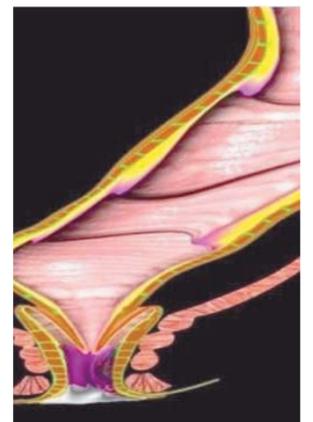
La stapler ingloba il prolasso della mucosa che viene asportato



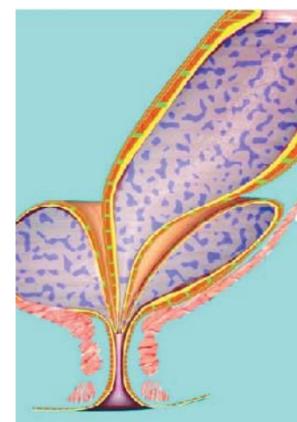
A sinistra la fine dell'intervento: le emorroidi ritornano nella loro normale posizione, il prolasso rettale risulta corretto; residuo delle microclips di titanio, che vengono espulse spontaneamente in circa 30 giorni.



Conformazione normale del retto



Retto con prolasso interno



Rettocele e prolasso rettale che ostruiscono la defecazione

Per ulteriori informazioni sulle tecniche e curriculum del Dott. Longo consultare il sito www.antoniolongo.it dove si trovano interviste televisive, articoli di stampa. Per appuntamento contattare la segreteria al numero 091.6178001 dalle 9,00 alle 13,00 e dalle 15,00 alle 18,00.