

LA RAGADE ANALE ANSIA E STRESS

Si tratta di una piccola ferita longitudinale della cute del canale anale, durante l'evacuazione provoca sanguinamento ed intenso dolore, che può persistere per ore. Ne soffrono anche giovanissimi e bambini nei quali provoca, per riflesso, rifiuto della evacuazione e pianti inconsolabili.

Il canale anale

Per comprendere la natura di questa patologia è indispensabile sapere che il canale anale e l'ultimo tratto dell'intestino, è compreso tra l'orifizio esterno ed il retto (Fig.1). È lungo da 2 a 5 cm ed è mediamente più lungo nei maschi. La parte più interna è rivestita da una membrana mucosa che ricopre anche le emorroidi; la parte più esterna è ricoperta da un tessuto simile alla pelle chiamato anoderma. Il canale anale è circondato da muscoli circolari, i cosiddetti sfinteri anali, uno interno ed uno esterno. Gli

sfinteri anali hanno un loro normale tono, o pressione, di chiusura per evitare la perdita di gas e feci. Le arterie e le vene dirette al canale anale passano attraverso gli sfinteri, pertanto una pressione di chiusura elevata può fare diminuire la perfusione ematica.

La ragade anale

La ragade anale è una ferita longitudinale del canale anale, quasi sempre localizzata posteriormente e che interessa l'anoderma, quindi la parte più esterna, ma può anche estendersi più in alto sulla mucosa anale. Que-

sta ferita tende, nel 70-80% dei casi, a guarire spontaneamente nel giro di 4-6 settimane. Se questo non avviene la ragade diventa cronica. In altri termini il tessuto vivo che costituisce la ragade diventa un tessuto necrotico incapace di guarire. Pertanto necessita di un piccolo trattamento chirurgico per guarire, ossia l'asportazione. La incidenza della ragade è molto elevata, ma non ci sono dati precisi. È più frequente nei paesi occidentali e nelle donne (58%). Il 12% dei pazienti hanno una età compresa tra 6 e 17 anni. Colpisce

comunque anche lattanti. L'incidenza è maggiore negli obesi, nelle disfunzioni tiroidee e nei pazienti con tumori solidi in altre sedi. La ragade anale è molto più frequente nei giovani adulti.

Dolore intenso e prolungato

La pelle che riveste il canale anale (anoderma) è la più innervata del corpo umano. La ricchissima innervazione sensitiva nell'anoderma comprende corpuscoli nervosi, chiamati recettori, molto sensibili: verso l'acidità o al-

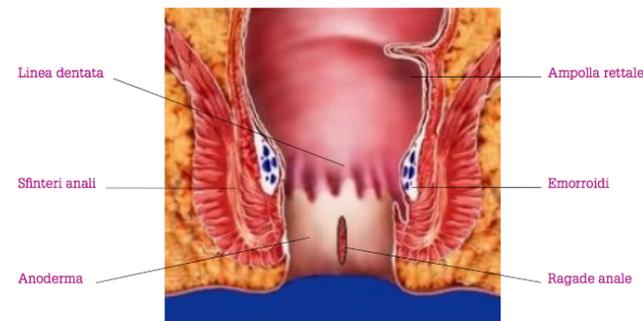
tre caratteristiche chimiche delle feci, del muco o dell'essudato (chemiocettori); verso la pressione (pressocettori); verso il calore (termocettori).

Il passaggio delle feci causa intenso dolore perché stimola i chemiocettori, specialmente se le feci sono acide, ed i pressocettori, se le feci sono dure. Il dolore può persistere anche per tante ore, perché la ragade infiammandosi con le feci acide, induce uno spasmo persistente dell'ano. Alcune volte il dolore si associa ad un fastidioso prurito dovuto ad una dermatite peri-ale secondaria.

Le cause della ragade

Esistono alcuni tipi di ragade conseguenza di cause diverse. L'anite raghiforme è una infiammazione dell'ano che tende a formare tante piccole ragadi. L'anite può essere causata da agenti batterici, funghi, virus, abuso di creme e pomate, ecc... L'infiammazione rende l'anoderma edematoso ed anelastico, pertanto, il passaggio di feci formate, può causare delle piccole ferite molto dolenti. L'anite raghiforme è inoltre molto frequente in pazienti

Fig. 1



che hanno subito interventi di by-pass intestinali per obesità, tali interventi causano una importante alterazione chimico-fisica delle feci che diventano irritanti. La ragade può anche essere la conseguenza di intervento tradizionale di emorroidectomia, tale intervento può causare una stenososi o anelasticità dell'ano che si lacera facilmente al passaggio delle feci. Le ragadi anali frequentemente sono associate a prolasso rettale interno ed emorroidario. Il prolasso rettale interno può causare una stipsi per ostruzione meccanica del canale anale ed un prolasso emorroidario. Si formano pertanto nel retto feci dure. Il paziente deve esercitare uno sforzo eccessivo per evacuare, tale sforzo induce una eccessiva dilatazione anale per il contemporaneo passaggio di feci dure ed emorroidi, pertanto si può determinare una lacerazione anale, appunto la ragade. Questa è una delle ragioni per

cui molti pazienti con ragade si dichiarano sofferenti anche di stipsi.

Stress psicofisico e ragade, causa ed effetto

Escluse le cause di ragade anale sopra descritte, secondarie e associate ad altre patologie, le ragadi anali primitive e isolate colpiscono sempre pazienti ansiosi e stressati. La correlazione tra la condizione psicologica e la ragade anale è ben conosciuta. I pazienti ansiosi sviluppano un ipertono muscolare difuso, ma molti hanno un ipertono degli sfinteri anali e di un muscolo perineale chiamato puborettale. Questa condizione induce alcune alterazioni che concorrono alla formazione della ragade anale. L'ipertono anale, o ano serrato, determina una cosiddetta stitichezza funzionale, in pratica i pazienti non rilasciando bene gli sfinteri anali al momento dello stimolo, non svuotano il retto o lo svuotano

parzialmente. Le feci diventano dure e creano un maggiore trauma meccanico all'atto della evacuazione. L'ipertono anale induce anche una parziale ischemia del canale anale in quanto comprime le arterie che irrora il canale anale. Inoltre l'ipertono anale crea ischemia per compressione. La cute anale ischemica è molto più fragile e quindi può "spaccarsi" formando la ragade. In altri termini la ragade, nella stragrande maggioranza dei casi, è da considerare una malattia psicosomatica. Infatti ne sono molto più affette persone con alte responsabilità lavorative o che attraversano periodi di ansia e stress. La comparsa di ragade nell'anziano è molto più rara perché, generalmente nell'età avanzata, il tono anale tende a diminuire.

LA TERAPIA

Vi è un principio generale secondo cui una terapia è tanto più efficace quan-

to più cura la causa della malattia e non solo gli effetti. Abbiamo detto che la ragade anale può essere causata da diverse patologie predisponenti.

Anite raghidiforme

Deve essere fatta una diagnosi corretta della causa che provoca l'infiammazione dell'ano. Pertanto è necessario differenziare: l'anite infettiva di origine micotica, batterica o virale, dall'anite chimica dovuta a feci acide o alcaline, come accade nei pazienti operati per obesità, con diarrea acuta o cronica dovuta a malattie infiammatorie croniche intestinali quali morbo di Chron, retto-colite ulcerosa, ecc...

È necessario richiamare l'attenzione sull'anite iatrogena. Molti pazienti, soprattutto per problemi emorroidari, fanno un uso indiscriminato e prolungato di creme e pomate. L'abuso può causare una allergizzazione verso

alcuni dei componenti con dermatiti perianali che si possono ulteriormente complicare perché facilitano l'infezione di funghi e batteri. Tali forme di anite sono difficili da curare. Per tale ragione ricordiamo che creme e pomate rettali vanno usate solo per pochissimi giorni. Da quanto detto sull'anite raghidiforme è evidente che la formazione delle ragadi è solo un problema secondario e di minore importanza. Il trattamento deve mirare a curare la causa dell'infiammazione e/o infezione dell'ano.

Ragade anale, prolasso emorroidario e stipsi

Il successo nella cura delle ragadi secondarie a prolasso emorroidario è correlato al contemporaneo ed appropriato trattamento del prolasso emorroidario. Il prolasso emorroidario è sempre la conseguenza di un prolasso interno del retto che è spesso causa di stitichezza da ostruzione interna

del retto. Abbiamo ottenuto il 100% di cura della ragade, operando contemporaneamente il prolasso emorroidario ed il prolasso rettale interno con tecnica STARR. Si tratta di una tecnica indolore mini-invasiva che, attraverso l'orifizio anale, mediante uno strumento creato apposta, asporta il prolasso rettale interno. La STARR cura contemporaneamente la stipsi, il prolasso emorroidario e di conseguenza la ragade associata. In questi casi la ragade, se cronica, viene asportata in maniera da favorire la guarigione.

Ragade in ano stenotico

Quando vi è un restringimento dell'orifizio anale quale conseguenza di intervento tradizionale per emorroidi, o quale conseguenza di infiammazioni croniche, la cura più appropriata è la terapia chirurgica. L'intervento consiste nel fare una plastica del canale anale per correggere la stenosi e contemporaneamente ricoprire la ragade con pelle normale. Questi interventi devono essere fatti da coloproctologi con esperienza perché risultano semplici se ben condotti. Si tratta di fare



1
Incisione della cute perianale e preparazione del flap



2
Escissione della ragade



3
Il flap cutaneo viene fatto scivolare fino a ricoprire la ragade.

scivolare o ruotare, e quindi cucire, un lembo di pelle perianale dentro il canale anale per aumentarne il diametro (Fig.2). Personalmente ritengo inutili e anche dannose le dilatazioni forzate dell'ano. Spesso, ed a ragione, i pazienti rifiutano tale trattamento.

Ragade anale dovuta ad ipertono anale da stress

È la forma più frequente di ragade anale e, fortunatamente, la forma che più tende a guarire spontaneamente. La terapia delle ragadi anali, correlate all'ipertono anale da ansia e stress psicofisico, non può prescindere dal trattamento dello stato psichico del paziente. Alcune volte si tratta di ansia e stress transitori legati a particolari eventi dei pazienti. Altre volte, purtroppo più frequentemente, sono la spia di un malessere psichico molto più serio che non deve essere trascurato. In altri termini non bisogna focalizzare l'attenzione sull'ano perché spesso esistono altri disturbi psicomatici associati: reflusso gastro-esofageo; tachicardia; asma; dismotilità intestinale, ma soprattutto un grave stato di sofferenza psicofisica. I trattamenti locali servono a molto poco, comprese le creme a base di sostanze miorilassanti quali nifedipina, tossina botulinica, nitroglicerina, ecc... In-

fatti il rilasciamento sfinteriale che si ottiene con tali sostanze è veramente minimo e possono causare cefalea. Considerato che l'ipertono è di origine psicosomatica il trattamento corretto deve prevedere l'uso di psicofarmaci ed eventualmente una consulenza psichiatrica.

Il trattamento chirurgico

Il trattamento chirurgico è indicato esclusivamente nelle ragadi anali croniche, ovvero dopo eventuale fallimento del trattamento medico di almeno 30 giorni. Il trattamento chirurgico delle ragadi anali croniche primitive, quindi non secondarie alle patologie sopra richiamate è semplice e assolutamente mini-invasivo. Eseguitabile in anestesia locale. Consiste nella escissione o cauterizzazione della ragade necrotica in maniera da riportare il tessuto "a vivo" e quindi consentire la guarigione.

Molti chirurghi, alla escissione della ragade associano una sfinterotomia laterale, ovvero, tagliano lo sfintere liscio interno longitudinalmente allo scopo di fare diminuire il tono anale e favorire la guarigione. In realtà che la sezione dello sfintere liscio faccia diminuire l'ipertono anale è molto dubbio e molti studi dimostrano che la sfinterotomia non modifica i tempi di guarigione.

Personalmente non eseguo la sfinterotomia laterale perché nel 1-3% dei casi si verifica come conseguenza un indebolimento della continenza ai gas ed al muco. Soprattutto nelle donne e nei pazienti anziani. Pagare tale prezzo per una patologia benigna e senza evidenti vantaggi non lo ritengo corretto. La sfinterotomia va pertanto limitata alla sola base della ragade che è mediamente 1/3 della lunghezza dello sfintere. In alcuni pazienti giovani può essere utile una moderata divisione anale. L'importante è che nel post-operatorio la piccola ferita venga mantenuta pulita, lavandola 3-4 volte al giorno e ricoprendola con creme che evitano la infezione batterica e favoriscono la guarigione. Nel caso di ragadi molto vaste può essere opportuno, dopo averle asportate, ricoprirle con un lembo di cute sana, cosiddetto lembo cutaneo da scivolamento o rotazione (Fig.2). Questo consente una guarigione più rapida senza necessità di medicazioni. In tutti i casi, in cui dovesse manifestarsi dolore post-operatorio, questo è ben controllabile con farmaci.

EPILASER POINT



Stop ai peli superflui!
epilazione laser permanente

www.epilaserpoint.com

Made in Italy

Chiedi al tuo centro se è già un Epilaser Point!

Alessandria - Corso Monferrato
Alpignano (TO) - Via Valdellatorre
Asti - Corso Casale
Bagheria (PA) - Via Alcide de Gasperi
Bagnolo in Piano (RE) - Via Borri
Bologna - Via Goto
Bologna - Via Andrea Costa
Bologna - Via del Gessi
Bologna - Via del Lavoro
Borgaro Torinese (TO) - Via Pietro Micca
Caselle Torinese (TO) - Via Roma
Cesena - Viale Abruzzi
Cesena - Via Madonna delle Rose
Chieri (TO) - Via Conte Rossi di Montelera
Corciano (PG) - Via Pierluigi Nervi
Faenza - Viale Risorgimento
Firenze - Via dell'Argin Grosso
Forlì - Via Dragoni

Imola - Via Croce Coperta
Lamezia Terme - Via Aldo Moro
Loano (SV) - Via Aurelia
Lombriasco (TO) - Via Cesare Ponte
Lugo (RA) - Via XXV Aprile
Milano - Via Santa Maria Valle
Milano - Via Salasco
Modena - Strada Naz. per Carpi Sud
Modena - Via Pietro Giardini
Moferrato (AL) - Strada Provinciale
Novi Ligure (AL) - Vicolo Gatti
Orbassano (TO) - Via Roma
Paese (TV) - Viale Sante Biasuzzi
Ravenna - Via Doberdò
Reggio Emilia - Via Gualtieri
Riccione (RN) - Viale Torquato Tasso
Roma - Via Aurelia
Roma - Via Cheren

Roma - Aeroporto di Fiumicino
San Pancrazio (PR) - Via Vietta
Sassari - Via Predda Niedda
Silla di Sassano (SA) - Via Galdo
Tempio Pausania (OT) - Via Calabria
Torino - Via Nizza
Torino - Via Malta
Torino - Via Bernardino Luini
Torino - Via Pianezza
Torino - Via Vanchiglia
Torino - Via Gaspare Saccarelli
Torino - Via Tripoli
Tortona - Via Giulia
Varese - Piazza Papa Giovanni XXIII
Venegono Inferiore (VA) - Via F.lli Kennedy
Villarbasse (TO) - Piazza Municipio
VinoVO (TO) - Viale Piemonte
Volterra (TO) - Viale Europa Unita