Questa distinzione è importante sia da un punto di vista etiopatogenetico che terapeutico poichè il flusso venoso del plesso superiore si immette nel sistema venoso portale, mentre gli altri due affluiscono nel sistema della vena cava inferiore. Ricordiamo infine che i tre plessi sopra descritti sono in comunicazione tra loro per mezzo di piccole vene che collegano il flusso sanguigno.

Comunque, quando comunemente si parla di emorroidi, si intende una più o meno accentuata dilatazione di questi plessi venosi (superiore - medio - inferiore). La loro frequenza nella popolazione è di difficile valutazione, ma si ritiene che almeno il 50% delle persone al di sopra dei 50 anni soffra di emorroidi senza particolare preferenza per l'uno o l'altro sesso.

Questa alta frequenza suscita una immediata domanda: quali sono le cause delle emorroidi? Le cause sono molte e la più frequente è la predisposizione familiare ereditaria: può capitare infatti che più persone nella stessa famiglia soffrano di questa malattia o, più in generale, di generiche malattie delle vene come le varici degli arti inferiori. Pare infatti che non si ereditino le emorroidi o le varici, ma una certa debolezza della parete venosa.

Un'altra causa molto frequente di emorroidi è la costipazione cronica o stipsi perchè provoca, durante la defecazione, violenti premiti i quali a loro volta aumentano la forza di gravità della colonna di sangue che grava sui plessi emorroidali.

Inoltre il cilindro fecale duro provoca un trauma sui plessi venosi durante il suo passaggio attraverso il canale anale.

D'altra parte anche la diarrea, che determina tenesmo rettale (sensazione di fastidio), può evocare violente contrazioni degli sfinteri anali con conseguente aumento di pressione all'interno dei plessi emorroidali.

Possono essere ancora cause primitive di emorroidi, non derivanti cioè da altre malattie, la dieta priva di scorie e di fibre vegetali e alterazioni dello sfintere anale.

Hanno inoltre grande importanza le cause secondarie: ovvero quando le emorroidi sono manifestazioni di altre lesioni o stati fisici particolari. Ricordiamo la cirrosi epatica con ipertensione portale, la trombosi della vena porta

tumori addominali

che comprimono la vena cava inferiore e la gravidanza.

È ovvio che in questi casi elencati non saranno certamente le emorroidi a portare il paziente dal medico. Infatti, per esempio, la cirrosi epatica con ipertensione portale (che determina la dilatazione dei plessi emorroidari superiore e medio perchè, come già detto questi plessi emorroidali superiore e medi sfociano direttamente nel distretto della vena porta) si manifesta con sintomi ben più gravi che un prurito anale od una piccola emorragia dopo la defecazione. Lo stesso dicasi per un tumore addominale che comprime la vena cava (rarissimo).

Infine che la gravidanza e il parto siano una causa favorente le emorroidi è noto a tutti ed i motivi sono facilmente intuibili e già precedentemente analizzati.

Ed eccoci giunti ai sintomi ovvero ai motivi che spingono il paziente a recarsi dal medico. Nel 70% dei casi il sintomo sentinella è il sanguinamento le cui caratteristiche sono di presentarsi alla fine della defecazione con sgocciolamento oppure lo sporcare la carta igienica di colore rosso vivo; raramente si giunge all'anemia.

Il restante 30% dei sintomi che spingono il paziente dal medico, è variamente diviso fra prurito, irritazione

e dal fatto che il soggetto palpa a livello anale: "qualcosa" o "una escrescenza".

Si tratta cioè del prolasso dei gavoccioli emorroidari attraverso l'ano che di solito avviene alla fine della defecazione e che, nella maggioranza dei casi, si risolve spontaneamente. Se ciò non avviene allora si tratta già di complicanze delle emorroidi che sono appunto il prolasso e la trombosi.

Rarissimamente la trombosi interviene in plessi emorroidali non prollassati o per dirla in altre parole, il prolasso è la causa favorente la trombosi.

E' ovvio che queste ultime due condizioni, volgarmente dette "attacco di emorroidi" conducono il paziente dal medico con una certa urgenza o addirittura in Pronto Soccorso.

Il medico a sua volta ad ogni caso di emorroidi che gli si presenta, sia semplice che più complesso, provvederà ad un attento esame che comprende la ispezione della regione anale, la palpazione e l'esplorazione rettale e infine eseguirà la rettoscopia che permette, con uno strumento adatto (il rettoscopio) di esplorare visivamente il canale anale almeno fino a 20 cm. dall'ano.

A questo punto la diagnosi è quasi completa e si parla di emorroidi di primo, secondo e terzo grado. Per emorroidi di primo grado si intendono quelle interne appena visibili; di secondo grado

con prolasso alla fine della defecazione che regredisce spontaneamente e di terzo grado

quando il prolasso è permanente.

Quando il prolasso è irriducibile anche manualmente allora si parla addirittura di emorroidi di quarto grado

, ma in questo caso, come già detto si tratta di complicanze.

Lo studio di un paziente con emorroidi va completato con l'esecuzione del clisma opaco se possibile a doppio contrasto per esaminare tutto il colon cioè il tratto terminale dell'intestino.

Questo perchè bisogna escludere molte altre malattie (colite ulcerosa, morbo di Crohn, tumori benigni e maligni) che si possono manifestare con sintomi simile alle emorroidi, quali il sanguinamento.

Purtroppo infatti può accadere che un sanguinamento attraverso l'ano sia interpretato come la manifestazione di emorroidi quando invece è il sintomo di altre lesioni più gravi.

Fatta quindi la diagnosi con più precisione è giunto il momento del trattamento che può dividersi in quattro forme:

- terapia medica
- iniezioni sclerosanti
- terapia criochirurgica
- terapia chirurgica

La terapia medica contempla determinate regole igieniche e dietetiche quali i semicupi con acqua fredda, assunzione di cibi ricchi di scorie, e di emollienti delle feci corredati da terapia antiinfiammatoria e pomate locali.

Tale trattamento ha una buona percentuale di successo, almeno sintomatico nei primi due stadi di emorroidi.

Le iniezioni sclerosanti, attualmente in disuso, si attuano infiltrando i gavoccioli emorroidari con agenti sclerosanti (fenolo al 5% in olio vegetale) che causano la sclerosi delle sottomucose.

Questa tecnica è imprecisa ed alcune volte complicata da reazioni infiammatorie locali di discreta entità, da prostatiti. È inoltre eseguibile solo nei primi due stadi dove ha un discreto successo anche la terapia palliativa.

La crio-chirurgia si avvale dell'uso di sonde che utilizzano anidride carbonica o azoto liquido per produrre temperature molto basse (da -70°C a -180°C).

Queste sonde, poste a contatto delle emorroidi, ne provocano la necrosi in modo indolore e quindi senza anestesia. Questa metodica, dopo un iniziale successo attorno agli anni '70 è attualmente al centro di varie critiche poichè i risultati sia a breve sia a lungo termine non sono brillanti, con possibilità anche di gravi complicanze.

Il trattamento chirurgico definitivo consiste nella legatura e nella escissione dei gavoccioli emorroidari. Si tratta di un intervento chirurgico tecnicamente facile che comunque richiede la anestesia generale tranne casi particolari di pazienti in condizioni generali pessime per cardiopatie o pneumopatie in cui si deve eseguire in anestesia locale. Richiede dai tre ai cinque giorni di degenza ospedaliera e può presentare, in basse percentuali, alcuni inconvenienti quali il dolore, l'emorragia, la ritenzione urinaria.

Complicanze che sono comunque facilmente controllabili con analgesici, emocoagulanti e nel caso di ritenzione col cateterismo vescicale.

L'intervento chirurgico di legatura ed escissione delle emorroidi è d'obbligo nei casi di emorroidi di terzo e quarto tipo dopo adeguato periodo di preparazione preoperatoria, ed infine quando le emorroidi sono causa di anemia.

Concludendo si può affermare che le emorroidi sono una malattia frequente dell'età adulta che si presentano progressivamente sotto diverse forme.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

Alexander-Williams J.: Le malattie del retto e dell'ano. Il pensiero scientifico - Editore Roma Dicem-bre 1975.

Buls J.G., Goldberg S.M.: Moderno trattamento delle emorroidi in:
Clinica Chirurgica del Nord America vol. 11 n. 2 Piccin Padova 1979.

Dunphy E.J., Way L.W: Current Surgical Diagnosis And Treatment. 5th edition Lange Medical Publication 1981.

Goligher J.C.: Surgery /of the Anus Rectum and Colon. 4th edition Baillièrè Tindall 1980.

Parodi Antonio Giacomo Parodi chirurgo
pubblicazione del 1983