Vol. 31 - N. 3
Settembre 2012

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982
Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Editore
Giuseppe Dodi

Comitato di Collaborazione

Corrado Asteria
Gian Andrea Binda
Federica Cadeddu
Francesco Corcione
Elisabetta Costantini
Raffaele De Caro
Mario De Gennaro
Davide De Vita
Fabio Gaj
Aldo Infantino
Filippo La Torre
Pietro S. Litta
Giovanni Milito
Gabriele Naldini
Vittorio Piloni
Fabio Pomerri
Massimo Porena
Filippo Pucciani
Salvatore Siracusano
Marco Soligo

Organo ufficiale
della **Società Italiana di Pelvi-perineologia**
e di Urologia Femminile e Funzionale
*e dell'***Integrated Pelvis Group**

Indice

49 Emorroidi, malattia emorroidaria... ed altro
G. Dodi

51 Diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina come trattamento sintomatico in un paziente con patologia emorroidaria e malattia di Crohn
M. Mastronardi

53 Utilizzo dell'associazione di diosmina, troxerutina, esperidina ed L-carnitina nel trattamento della patologia emorroidaria
A. Rispo

55 Sindrome emorroidaria acuta: trattamento conservativo con l'integrazione alimentare a base di diosmina, esperidina e troxerudina in miscela micronizzata ed L-carnitina. Caso clinico
D. Cafaro

59 Trattamento conservativo in un paziente con malattia emorroidaria di II grado
A. Spreafico

61 Trattamento con l'associazione a base di diosmina, troxerutina, esperidina in miscela micronizzata ed L-carnitina in paziente affetto da patologia emorroidaria di III-IV grado sec. Parks
E. Donadei

63 Il trattamento con flebotropi come coadiuvante del controllo antalgico dopo emorroidectomia
F. Piemonte, G. Calabria, L. Maiello

66 Impiego domiciliare di una supplementazione adiuvante a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina nel trattamento della flogosi emorroidaria reattiva a ragade anale
R. Perinotti, M. Pozzo, C. Somaglino

67 Trattamento conservativo delle emorroidi sintomatiche mediante l'utilizzo di flebotropi in un paziente ad elevato rischio chirurgico
G. Boccoli, D. Coco, S. Leanza, L. Chiodi

69 Trattamento delle trombosi emorroidarie esterne insorte a seguito di procedure chirurgiche. Efficacia dell'utilizzo di multicomponente a base di: diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata e di L-carnitina
A. D'Elia, F. Milani, A. Fontana

71 Emorroidi recidive dopo intervento chirurgico trattate con diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata e con L-carnitina
E. Castellaro

72 Pelviperineology: la storia del giornale
E. Belluco, G. Dodi, B. Farnsworth, M. Spella

74 "Mi sentivo completamente sola". I vissuti di una donna con incontinenza fecale post parto
S. De Chino

76 "Starr e dintorni": società scientifiche, stipsi e una paziente attenta

79 Importante progresso nella gestione delle ampie ferite perianali e perineali

Trimestrale di informazione scientifica
registrato al Tribunale di Padova n. 741 (23-10-1982 e 26-5-2004)

www.pelviperineologia.it

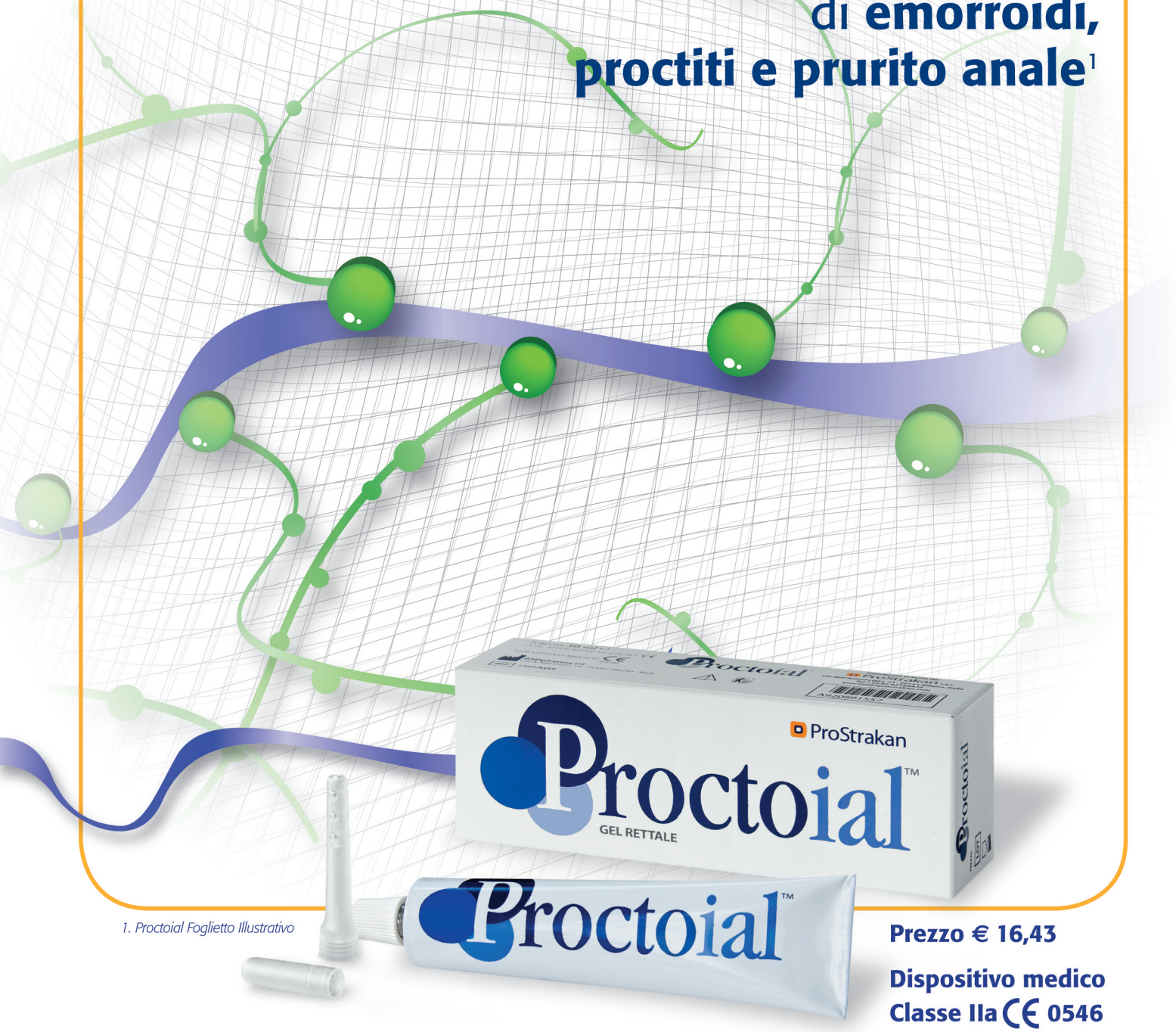
Redazione:
Clinica Chirurgica 2
Via Giustiniani, 2
35128 Padova
e-mail: giuseppe.dodi@unipd.it
info@giuseppedodi.it

Stampa:
Tip. Veneta
Via E. Dalla Costa, 6
35129 Padova
info@tipografiaveneta.it

Proctoial™

GEL RETTALE

Indicato nel caso di **emorroidi, proctiti e prurito anale**[1]



1. Proctoial Foglietto Illustrativo

Prezzo € 16,43

Dispositivo medico
Classe IIa CE 0546

ProStrakan Srl
Palazzo Galileo - Via F. Sforza - 20080 Basiglio (MI)
Tel. +39 02 92169424 - Web Site: www.prostrakan.com

ProStrakan
A member of the Kyowa Hakko Kirin group

Commento: l'editoriale di Pelviperineologia del fascicolo di Marzo 2012, a cui si rimanda, spiegava il perché dell'iniziativa del giornale di ospitare numerose esperienze di trattamento dei più vari aspetti della malattia emorroidaria. Anche i nostri lettori urologi e ginecologi, oltre che chirurghi colo-rettali come d'altra parte i medici di medicina generale, incontrano molto spesso pazienti afflitti da patologia emorroidaria. Questa ulteriore e conclusiva carrellata di casi può servire ad inquadrare e ad affrontare meglio situazioni anche assai peculiari, vedi ad esempio l'interessante presentazione di emorroidi sintomatiche associate alla malattia di Crohn.

Non si può poi smettere di ricordare come molti pazienti giungano in ritardo alla diagnosi di neoplasia del retto perché i sintomi, e soprattutto il sanguinamento, vengono erroneamente e semplicisticamente attribuiti alle emorroidi. L'esclusione del cancro è imprescindibile nella gestione del paziente con sintomi ano-rettali.

Emorroidi, malattia emorroidaria...ed altro

GIUSEPPE DODI

Dipartimento di Scienze Chirurgiche Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova

Tutti gli individui hanno le emorroidi, che rappresentano una componente importante dell'anatomia e nella fisiologia del canale anale. Quando il tessuto emorroidario dia segno di sé attraverso vari sintomi quali il sanguinamento, il prolasso e il dolore si è autorizzati a parlare di *malattia emorroidaria*. Tale condizione è estremamente frequente e la maggior parte delle persone in qualche momento della loro vita ne è stata affetta.

Il più delle volte i pazienti che accedono all'ambulatorio proctologico sono fermamente convinti che la maggior parte dei disturbi anali siano dovuti alle emorroidi, eppure molte altre malattie benigne e maligne possono colpire ano, retto e colon con sintomi del tutto sovrapponibili (Tab. 1). È pertanto sempre necessaria una visita da parte del *medico di medicina generale* (1° livello) e poi di uno specialista che può essere un chirurgo generale o un gastroenterologo (2° livello), oppure un chirurgo colo-rettale, un coloproctologo o un esperto di patologie pelvi-perineali (3° livello).

Solo riferendo senza falsi pudori i sintomi, le più comuni malattie del grosso intestino possono essere curate prevenendo così l'insorgenza dei tumori maligni di quest'organo, che sono tra i più frequenti.

Se l'esclusione del cancro è un elemento essenziale e imprescindibile nella gestione del paziente con sintomi anali,

TABELLA 1. – Inquadramento della malattia emorroidaria in base ai sintomi ed ai segni nell'ambito delle diverse patologie coloproctologiche.

SINTOMI	CAUSE	ESAMI	DOVE	CURA
Sanguinamento	emorroidi ragade anale **neoplasia**	esame digitale rettoscopia coloscopia clisma opaco	medico di medicina generale chirurgo coloproctologo	flebotropi, vasoprotettori, pomate, autodilatazioni intervento ambulatorio/ricovero)
Dolore	trombosi emorroidaria ragade anale ascesso **neoplasia**	esame digitale rettoscopia	medico di medicina generale chirurgo coloproctologo	flebotropi, vasoprotettori bidè caldi, pomate, dilatazioni anali intervento (ambulatorio/ricovero)
Tumefazione	marische (pieghe cutanee) emorroidi esterne prolasso emorroidi interne ascesso **neoplasia**	esame digitale anoscopia	medico di medicina generale chirurgo coloproctologo	flebotropi legatura elastica intervento chirurgico
Ritenzione Fecale/Stipsi	emozioni defecazione ostruita funzionale prolasso mucoso rettocele dissinergia transito intestinale rallentato **neoplasia**	esame digitale anoscopia rettoscopia coloscopia	medico di medicina generale chirurgo coloproctologo	modifica abitudini di vita dieta, fibre, farmaci legature elastiche riabilitazione neuromodulazione sacrale interventi chirurgici
Perdite fecali involontarie	incontinenza anale: muscolare neurologica da cause intestinali (prolasso anale ridotta compliance diarrea **neoplasia**)	esame digitale anoscopia rettoscopia coloscopia esami funzionali	medico di medicina generale chirurgo coloproctologo	dieta, farmaci riabilitazione neuromodulazione sacrale intervento chirurgico

conoscere le varie possibilità terapeutiche nella malattia emorroidaria ovviamente è di estrema importanza per offrire una buona qualità della vita ai pazienti colpiti da quella che comunque resta una delle afflizioni più comuni dell'umanità.

Le emorroidi vengono definite come ectasie di uno o più rami dei plessi venosi emorroidari o piuttosto come un tessuto spugnoso altamente vascolarizzato, sostenuto da connettivo elastico e fibre della muscolatura liscia, in cui una fitta rete di capillari arteriosi contrae anastomosi con i plessi venosi tributari delle vene emorroidarie.

Le emorroidi sintomatiche hanno il significato di una vasculopatia? L'etiopatogenesi delle emorroidi prevede soprattutto un'alterazione dello strato di supporto fibromuscolare della submucosa rettale che degenera per cui i cuscinetti emorroidari possono dislocarsi dalla loro posizione anatomica normale prolassando durante la defecazione e con l'aumentare della pressione endoaddominale. Il concetto dell'ipertono del canale anale supporta la teoria dello scivolamento della struttura fibromuscolare anale e rende conto dell'uso terapeutico dei dilatatori anali.

Contrariamente all'opinione diffusa, non è il dolore il principale sintomo della malattia emorroidaria, ma il sanguinamento ("emo-reo", sangue che scorre). Le cause più frequenti di ematochezia sono benigne e nella maggior parte dei casi il trattamento è possibile mediante terapia farmacologica o ambulatoriale. L'ematochezia, anche se fenomeno isolato, non deve comunque essere sottovalutata al fine di escludere il cancro colorettale, soprattutto nei soggetti a rischio. Dal 13 al 20% della popolazione tra i 40 e 49 anni l'ha osservata negli ultimi 12 mesi, ma meno della metà di queste persone si rivolge al curante entro 2 settimane per una successiva valutazione specialistica. Una Cochrane Review del 2008 ha stimato nel 16% la capacità di riduzione della mortalità da cancro colorettale attribuibile al sangue occulto fecale, riduzione che andrebbe al 25% se la compliance all'indagine fosse del 100%.

Le varici ano-rettali possono essere confuse con le emorroidi, ma si tratta di entità cliniche completamente diverse, e le emorroidi neppure presentano un'incidenza maggiore nei pazienti cirrotici rispetto alla popolazione generale.

È opinione corrente che l'eziologia, il substrato costituzionale e lo stesso orientamento terapeutico presentino analogie per le vene varicose agli arti inferiori e per le emorroidi. L'esistenza di fattori eziologici comuni è ipotizzabile anche se non facilmente dimostrabile con certezza.

Spesso la sola correzione delle abitudini alimentari e dei fattori aggravanti come la stipsi sono sufficienti a ridurre la sintomatologia. Ma nei pazienti con emorroidi di primo grado marginali facilmente sanguinanti, nelle emorroidi di secondo grado o in tutte le condizioni di comorbidità che aumentano il rischio di sanguinamento o prolasso sono necessari altri provvedimenti quali la terapia medica di supporto, le terapie ambulatoriali "parachirurgiche" (scleroterapia, applicazione di legature elastiche) e la chirurgia di vario tipo e con diverse opzioni tecniche, che va destinata solo ai casi in cui sia fallita la terapia conservativa e quella ambulatoriale, ossia in non più del 10% dei casi.

Corrispondenza:
giuseppe.dodi@unipd.it

Caso clinico

Commento: un interessante caso che dimostra la complessità del trattamento della malattia di Crohn con manifestazioni cliniche molto varie e localizzazioni differenti, probabilmente legate ai diversi fenotipi di malattia. Il trattamento con multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina nella malattia emorroidaria acuta che si accompagna alla malattia intestinale infiammatoria può rappresentare un valido aiuto in un paziente in cui l'intervento chirurgico è ovviamente controindicato.

Diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina come trattamento sintomatico in un paziente con patologia emorroidaria e malattia di Crohn

MAURO MASTRONARDI

Gastroenterologo, Monopoli, Bari

INTRODUZIONE

Viene presentato il complesso caso di un giovane paziente affetto da malattia di Crohn a localizzazione sia ileale che anale, con una lenta evoluzione clinica e un quadro di patologia emorroidaria quanto mai insolito e di non facile gestione.

CASO CLINICO

BA, maschio (n. 1995), dall'età di 3 anni in terapia con magnesio valproato 200mg per epilessia con crisi di assenza e componenti miocloniche. Nel 2007 ospedalizzazione in medicina generale per febbre, diarrea e dolore addominale. Alla TC addome modesto ispessimento concentrico dell'ultima ansa ileale ed alcuni linfonodi aumentati di volume in corrispondenza della radice del mesentere. La colonscopia con ileoscopia dimostrava l'ultima ansa ileale per circa 10 cm rivestita da mucosa iperemica ed edematosa, con aspetto ad acciottolato e con erosioni aftoidi. All'esame istologico frammenti di mucosa ileale con accentuata flogosi linfomonocitaria estesa in profondità, aspetti erosivi e distorsione ghiandolare. Diagnosi di dimissione: ileite di Crohn (CDAI<150) e terapia con prednisone 40 mg/die (con dosi scalari di 5 mg ogni 15 gg) + mesalazina (3,2 g/die) + azatioprina 50 mg/die. Dopo 15 gg. dalla dimissione comparsa di dolore epigastrico irradiato a barra posteriormente al dorso associato a febbre, amilasi 350/<60, lipasi 1250/< 110. Con terapia di supporto antidolorifica ed antibiotica si otteneva una regressione rapida della sintomatologia soggettiva e decremento di amilasi e lipasi, concludendo per uno screzio pancreatitico iatrogeno, sospendendo quindi l'azatioprina e continuando prednisone e mesalazina che determinò la remissione clinica della malattia.

Alla dose di 15 mg/die di prednisone si osservava tuttavia la recidiva clinica con diarrea (5-7 evacuazioni/die talora notturne), dolore addominale, febbricola à PCRx4, WBC $13,1x10^3$, FOBT+.

L'ETG delle ansa intestinali evidenziava un ispessimento dell'ultima ansa ileale con assenza della normale stratificazione della parete e presenza di linfadenite mesenterica.

Pertanto alla luce della recidiva clinica e della steroido-dipendenza determinatasi, nell'impossibilita' di utilizzare l'azatioprina, si decideva, dopo aver discusso con i genitori e prospettato i benefici del trattamento biologico in una malattia di Crohn di recente insorgenza, steroido-dipendente, fenotipo infiammatorio, di procedere a trattamento con infliximab (IFX) alla dose di 5 mg/kg/infusione secondo lo schema di induzione a 0,2 e 6 settimane e di mantenimento con infusioni ogni 8 settimane.

Risultavano negativi TB-spot, HBV-DNA, ANA, Ab-DNA, Rx torace.

Nel febbraio 2008 iniziava il trattamento biologico con IFX, mantenendo, nel periodo di induzione, trattamento steroideo alla dose di 20 mg di prednisone (+ mesalazina a rilascio controllato, 3 g/die), con aggiunta di sulfametoxazolo + trimetoprim (1cp x2/die in somministrazione weekend) per la prevenzione della sovrainfezione da P. Carinii.

Dopo 4 infusioni (3 di induzione ed 1 di mantenimento) il paziente mostrava una parziale remissione clinica della malattia (alvo diarroico, 3-4 evacuazioni/die), con una persistente elevazione della PCRx3 ed un lieve, ma progressivo, calo ponderale. Alla luce del riscontro di iposideremia e lieve anemizzazione, eseguiva un ciclo di terapia marziale ev.

Nel maggio 2008 alla colonscopia l'ileo terminale esplorato per circa 15 cm presentava mucosa iperemica, edematosa, con erosioni-ulcere superficiali non confluenti. Colon normale (Fig. 1).

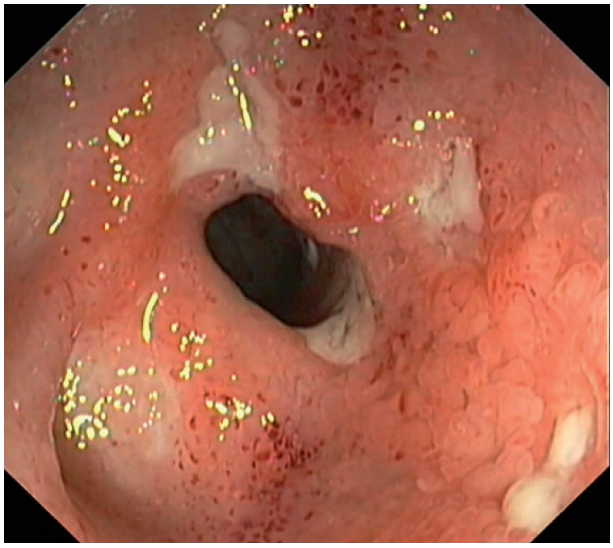


Figura 1. – Ulcerazioni nell'ultima ansa ileale.

Si decideva, in relazione alla persistente attività di malattia, di procedere ad infusioni della medesima dose di IFX (5 mg/kg) ogni 4 settimane associate a terapia steroidea

(prednisone 12,5 mg/die + mesalazina 3 g/die + sulfametoxazolo + trimetoprim 1600 mg/die/week-end)

In agosto 2008, dopo 3 infusioni effettate ogni 4 settimane, la situazione clinica non mostrava sostanziali variazioni pur osservandosi un progressivo incremento ponderale ed un miglioramento della valutazione soggettiva dello stato di benessere da parte del paziente. Gli esami bioumorali mostravano PCRx1,5, VES 35 mm/1h, WBC 11,6x10^3, ANA -, AbDNA -. Si procedeva quindi ad un incremento della dose di IFX a 10 mg/kg/infusione ogni 6 settimane; questa scelta essendo dettata dall'osservazione del miglioramento dello stato clinico pur in relazione ad indicatori di persistente attività di malattia.

Nel dicembre 2008, dopo 3 infusioni con IFX a dose 10 mg/Kg, l'attività clinica di malattia risultava completamente regredita; 1 evacuazione/die di feci solide, assenza di dolore addominale, notevole incremento ponderale (4 kg in 3 mesi con un BMI di 21) e con regressione degli indicatori di attività: PCR N, VES 15 mm/1h, calprotectina fecale N.

Nel gennaio 2009 alla pancolonscopia l'ileo terminale appariva rivestito da mucosa di aspetto lievemente atrofico, con completa regressione delle lesioni ulcerative attive e presenza di piccole aree di convergenza plicale su esiti cicatriziali (Fig. 2).

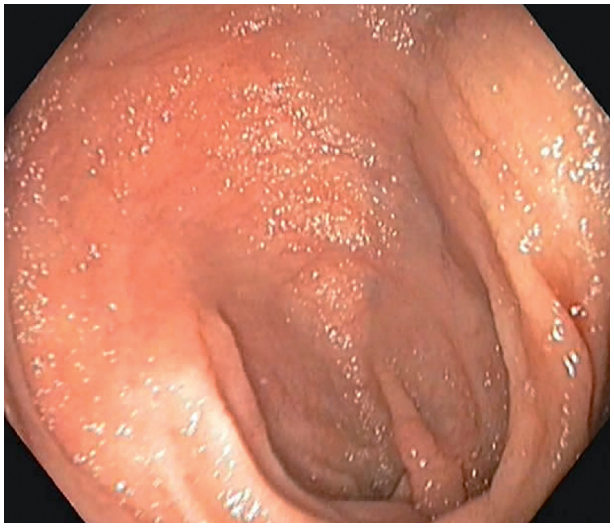


Figura 2. – Normalizzazione della mucosa ileale dopo terapia biologica.

Ottenuta la guarigione mucosale delle lesioni, si è proceduto al *tapering* dello steroide sino alla sua completa sospensione ed al trattamento biologico con IFX alla dose di 10 mg/kg ogni 8 settimane, proseguendo, inoltre, l'assunzione di mesalazina alla dose di 3 g/die. Gli indici di flogosi ed i parametri nutrizionali si sono mantenuti nell'ambito dei valori di normalità; il paziente ha inoltre mostrato un progressivo incremento staturo-ponderale. L'infusione di IFX veniva sospesa in ottobre 2009, mantenendosi in persistente remissione clinica ai controlli 4 mesi dopo (PCR N, calprotectina fecale N, WBC 7,4x10^3, Hb 14,8 g%, ETG delle anse intestinali: assenza di aspetti patologici a carico dell'ultima ansa ileale) restando in trattamento con mesalazina a rilascio controllato (3 g/die).

Nel gennaio 2011 il paziente riferiva progressiva proctalgia associata ad episodi di proctorragia senza variazioni dell'alvo. Gli indici di flogosi erano negativi così come i parametri nutrizionali (normali ferritina, proteine totali, BMI stabile). All'esplorazione rettale si evidenziava canale anale substenotico, rigido, dolente e fragile al traumatismo; una rettoscopia evidenziava congestione dei vasi del plesso emorroidario interno associata a marische (skin tags secondarie a linfedema) ed ampia ragade del canale anale; si trattava pertanto di una localizzazione anale della malattia di Crohn non associata ad una riaccensione della malattia stessa. Se le marische sono discretamente frequenti nella malattia di Crohn (con frequenza riportata sino al 70% dei pazienti in prima diagnosi), la patologia emorroidaria rappresenta una condizione poco frequente ed asintomatica, ma entrambe rappresentano condizioni ad evoluzione benigna non complicata; da considerare che talora le tags possono essere confuse con emorroidi interne e talora sottoposte ad interventi non necessari e gravati da importanti complicanze postoperatorie.

Fu eseguita RM pelvica che risultò negativa per la presenza di fistolizzazione perianale.

Fu quindi impostata terapia topica con beclometasone in supposte da 3 mg in somministrazione serale che determinò una regressione parziale della proctalgia, ma non influenzò gli episodi di proctorragia che proseguirono malgrado un'acquisita regolarità delle evacuazioni con emissioni di feci molli.

La rivalutazione obiettiva mostrava una riduzione parziale della rigidità del canale anale (mentre la ragade del canale anale appariva immodificata), e in rettoscopia flessibile era persistentemente presente la congestione emorroidaria.

Fu quindi iniziata terapia con associazione di diosmina, esperidina e troxerutina micronizzate ed L-carnitina in 3 somministrazioni giornaliere in associazione alla terapia topica con beclometasone ed alla mesalazina a rilascio controllato (3 g/die).

In 10ª giornata dall'inizio del trattamento si verificò la regressione degli episodi di proctorragia e la regressione completa della proctalgia; ai trenta giorni di terapia, a situazione clinica stabilizzata, il controllo endoscopico mostrò la regressione della congestione emorroidario associata alla regressione quasi completa della substenosi anale determinata dalla regressione della ragade del canale anale. Questo fenomeno era verosimilmente determinato dalla sinergica azione delle tre componenti della associazione che aveva determinato l'aumento del tono venoso, del drenaggio linfatico e del flusso microcircolatorio insieme all'attività antiinfiammatoria del beclometasone topico.

La terapia con diosmina, esperidina e troxerutina ed L-carnitina fu gradualmente ridotta sino alla sospensione in 60a giornata.

CONCLUSIONE

Questo caso dimostra la complessità del trattamento della malattia di Crohn legato alla multifattorialità delle manifestazioni cliniche legate ai differenti fenotipi di malattia con differenti localizzazioni delle stesse manifestazioni.

Nella mia personale esperienza clinica l'utilizzo di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina nelle condizione di patologia emorroidaria nelle IBD ha determinato un ottima efficacia clinica, laddove, soprattutto nei pazienti con RCU, gli episodi di proctorragia possono persistere anche con malattia infiammatoria in remissione ed essere determinate da patologia emorroidaria.

Corrispondenza
mauro.mastronardi@libero.it

Commento: L'impiego del multicomponente oggetto dello studio viene presentato come un approccio adiuvante alla terapia medica nel trattamento sintomatico delle emorroidi. Va sottolineato come tale associazione vada inquadrata in un più ampio spettro terapeutico che non può prescindere da una regolarizzazione dell'alvo e dalla correzione delle abitudini alimentari.

Utilizzo dell'associazione di diosmina, troxerutina, esperidina ed L-carnitina nel trattamento della patologia emorroidaria

ALFONSO RISPO

UOC Chirurgia Generale e Laparoscopica Ospedale "San Giuliano" Asl Napoli 2 Nord Regione Campania

INTRODUZIONE

Numerose sono le teorie fisiopatologiche proposte per la patologia emorroidaria. In particolare la teoria più attuale ed accreditata identifica nei fattori vascolari il meccanismo più importante, che insieme a fattori meccanico-sfinteriali, determinano un back-flow venoso responsabile della venodilatazione del plesso emorroidario, della fragilità della parete capillare e dell'infiammazione locale.[1] Da tali alterazioni deriva il quadro clinico con edema locale, dolore e sanguinamento.

L'utilizzo di integratori alimentari a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina sono in grado di svolgere una azione decongestionante sulle emorroidi, riducendo i sintomi e prevenendo le riacutizzazioni.

Scopo del report è documentare l'evoluzione di un singolo caso di malattia emorroidaria sintomatica a risoluzione esclusivamente ambulatoriale con terapia medica conservativa con l'integratore alimentare di cui sopra.

CASO CLINICO

Un paziente di anni 48, con patologia emorroidaria da circa 3 anni, giunge alla nostra osservazione con crisi emorroidaria acuta e senza altre patologie degne di nota all'anamnesi. Al momento della valutazione iniziale (T0), giorno dell'inizio del trattamento, l'esame obiettivo evidenziava un prolasso emorroidario con tumefazione (edema/trombosi) per circa il 50% della circonferenza anale (Foto 1). La sintomatologia dolorosa riferita era di grado moderato/intenso con score di 7 in basale e di 9 alla defecazione secondo la scala VAS. Il sanguinamento era di grado lieve (2) ed il prurito occasionale. Il tono anale risultava alla esplorazione aumentato (+1) con dolore indotto aggravato (10) tanto da far rinunciare alla valutazione proctoscopica in prima istanza. Lo schema di trattamento adottato è stato: multicomponente a base di diosmina, troxerutina, esperidina micronizzate ed L-carnitina, somministrato in 3 bustine die per 4 giorni, 2 bustine die per 3 giorni e 1/bustina die fino alla 9a settimana (T3). In caso di necessità è stato prescritto come analgesico Ketorolac trometamina 10 gocce fino a 3 volte al dì.

Al controllo clinico dopo 7 giorni di trattamento (T1) la tumefazione anale si è ridotta del 50% per effetto della riduzione dell'edema e della trombosi emorroidaria. La sintomatologia dolorosa è notevolmente migliorata sia in condizioni basali (4) che alla defecazione (5) passando ad un grado moderato. Il miglioramento del dolore alla esplorazione (6) e la riduzione dell'ipertono anale (0) hanno reso possibile la proctoscopia che ha evidenziato un prolasso mucoso interno anteriore di 1° grado ed una patologia emorroidaria interna di 2° grado. Il sanguinamento è scomparso. L'uso degli analgesici è stato di una dose per 3 volte al dì nei primi 4 giorni poi solo dopo la defecazione.

Al controllo clinico successivo a 3 settimane (T2) il paziente era asintomatico per dolore basale, sanguinamento e

Figura 1. – T0 Prolasso Emorroidario con trombosi ed edema.

Figura 2. – T2 Risoluzione del quadro acuto.

TABELLA 1. – Tabella riassuntiva dei controlli e parametri da valutare.

Sintomi / segni	T0 anamnesi 6 mesi precedenti	T 0 esame obiett.	Terapia conservativa o parachir.-chirurgica?	T 1 7gg	T 2 3 settim.	T 3 9 settim.	T 4 4 mesi
Grado emorroidi	//	//		2	2	//	//
Sanguinamento (0..27)		2		1	0	0	0
Dolore basale VAS (0..10)	//	7		4	0	0	0
Dolore alla esplorazione VAS (0..10)	//	10		6	2	//	//
Dolore alla defecazione (0..27)		9		5	1	0	0
Tumefazione (edema / trombosi) % circonf.)	//	50%		25%	0%	//	//
Tumefazione riferita							
U (Uguale)							
R (Ridotta)							
S (Scomparsa)	//			R	S	S	S
Tono sfinterico	//	1		0	0	//	//
Grado prolasso mucoso	//	//		1	1	//	//

//: non rilevabile
*: rilevabile in caso di visita al paziente

tumefazione anale. Persisteva solo un lieve dolore alla esplorazione (2) ed alla defecazione (1) tanto da aver sospeso la assunzione di analgesici. Il tono anale era normale (Foto 2).

I successivi controlli a 9 settimane (T3) ed a 4 mesi (T4) furono fatti per contatto telefonico ed evidenziarono l'assoluta e persistente scomparsa dei sintomi.

DISCUSSIONE

Il trattamento farmacologico sistemico della patologia emorroidaria è noto da tempo e può essere usato come terapia conservativa o adiuvante.[2]

In letteratura la diosmina e l'esperidina in forma micronizzata hanno dimostrato un benefico effetto sulla sintomatologia emorroidaria. Tra i vari lavori si segnalano quelli di Dimitroulopoulos[3] in caso di sanguinamento emorroidario, in cui diosmina-esperidina micronizzata hanno dato risultati significativamente favorevoli rispetto alla infraRed photocoagulation; di La Torre[4] nella sintomatologia post-emorroidectomia secondo Milligan Morgan in cui dolore, tenesmo, prurito e sanguinamento si riducevano in minor misura dopo antibiotici ed antinfiammatori soli rispetto all'associazione con diosmina-esperidina micronizzata; di Ho[5] dove la risoluzione del sanguinamento da emorroidi non prolassate era valutato dopo somministrazione di diosmina-esperidina micronizzata con supplemento di fibre vs le sole fibre e vs la legatura elastica delle emorroidi associata alle fibre e verificando un beneficio significativo con il primo trattamento.

Il multicomponente oggetto dello studio presenta diverse caratteristiche: diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata migliorano la componente emodinamica del microcircolo a livello degli shunt artero-venosi (antiedema); L-carnitina agisce sia sulla funzione meccanica, incrementando il trofismo dei tessuti di sostegno, sia sulla funzione emoreologica, riducendo l'aggregazione eritrocitaria (antitrombotica). Inoltre i tre bioflavonoidi hanno una azione antiossidante (antinfiammatoria) e capillaro-protettrice (emostatica).

Il miglioramento dei sintomi già nel follow-up a 7 giorni evidenzia la rapidità d'azione nel ridurre la sintomatologia acuta (congestione, edema, infiammazione, sanguinamento, dolore). Tale azione si protrae nel tempo come si può evidenziare verificando l'assenza di sintomi al termine del trattamento a 9 settimane e nel follow-up a 4 mesi.

CONCLUSIONI

L'associazione di diosmina, troxerutina, esperidina ed L-carnitina risulta sicura, ben tollerata a livello gastrointestinale e di buona efficacia nel trattamento conservativo ed adiuvante della patologia emorroidaria. I suoi principi attivi contrastano i disordini emodinamici e meccanici alla base della fisiopatologia dei sintomi emorroidari. La sua efficacia nella fase acuta persiste nel tempo, consigliando una somministrazione protratta e ciclica con l'obiettivo di controllare la progressione della malattia emorroidaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Hemorrhoids: pathology, pathophysiology and etiology. Br J Surg 1994; 81:946-954.
2. Misra MC. Drug treatment of haemorrhoids. Review. Drugs. 2005; 65:1481-91
3. Dimitroulopoulos D, Tsamadikis K, Xinopoulos D et al. Prospective, randomized, controlled, observer-blinded trial of combined infrared photocoagulation and micronized purified flavonoid fraction versus each alone for the treatment of hemorrhoidal disease. Clin Ther. 2005; 27: 746-54.
4. La Torre F, Nicolai AP. Clinical use of micronized purified flavonoid fraction for treatment of symptoms after hemorrhoidectomy: result of a randomized, controlled, clinical trial. Dis Colon Rectum 2004; 47:704-710.
5. Ho YH, Tan M, Seow-Choen F. Micronized purified flavonidic fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial. Dis Colon Rectum 2000; 43:66-69.

Indirizzo per corrispondenza:
ALFONSO RISPO
Via Roma 32 80014 Giugliano (Na)
Email: alfonsorispo@libero.it

Caso clinico

Commento: l'utilizzo dell'associazione di flebotropi in formulazione micronizzata permette di ottenere un buon controllo della componente "emodinamica" che è alla base dei sintomi della patologia emorroidaria in tempi particolarmente rapidi e con risultati duraturi.

Sindrome emorroidaria acuta; trattamento conservativo con l'integrazione alimentare a base di diosmina, esperidina e troxerudina in miscela micronizzata ed L-carnitina. Caso Clinico

DANILO CAFARO

Servizio di Colonproctologia, Poliambulatorio AthenaSRL Vibo Valentia

INTRODUZIONE

Presso il nostro ambulatorio di Colonproctologia è stato visitato il paziente D.R. di anni 35, il quale lamentava una sintomatologia caratterizzata da rettorragia post-defecatoria e senso di peso e tenesmo rettale che persisteva per alcune ore ad ogni defecazione. Il paziente riferiva da sempre una stipsi ostinata che negli ultimi anni era diventata più frequente e fastidiosa tanto da costringerlo a un uso quasi quotidiano di lassativi. Negli ultimi sei mesi questa sintomatologia si era aggravata particolarmente e il sintomo più manifesto era il sanguinamento ad ogni defecazione che aveva reso il paziente emotivamente più apprensivo e irritabile. Da circa due giorni riferiva anche l'improvvisa comparsa di dolore durante e dopo l'atto defecatorio che persisteva per alcune ore e si attenuava solo dopo somministrazione di antidolorifici.

CASO CLINICO

Al momento della visita (T0) riferiva un sanguinamento frequente ad ogni atto defecatorio e di intensità moderata, mentre il dolore era persistente ed accompagnava sempre la defecazione con intensità elevata. Veniva sottoposto a visita proctologica con un esame obiettivo perineale, esame rettoscopico mediante videoproctoscopia digitale che permetteva di repertare una mucosa iperemica e congesta fino a 10 cm dal margine anale in particolar modo una flogosi più marcata in corrispondenza del canale anale prossimale e distale (proctite rossa)[1,2] e un prolasso emorroidario caratterizzato da un grosso gavocciolo di 4° grado disposto anteriormente che occupava il 25% della circonferenza anale con area di trombosi ed edema circostante; la rimanente circonferenza del canale anale circa il 75% era occupata da gavoccioli emorroidali di 3° grado con assenza di aree di trombosi (figure 1-2-3). Il prolasso risultava accentuato al ponzamento con evidenza anche di un piccolo prolasso mucoso occulto iperemico. All'esterno erano presenti marische tutt'intorno all'ano, la cute perineale risultava di aspetto normale. Il paziente veniva inoltre sottoposto a manometria anorettale, mediante apparecchio Dyno Compact con modulo di acquisizione a 4 canali, valutando il Pull Through stazionario, a riposo e durante squeezing, volume vettore, rilascio sfinteriale, riflesso retto-anale inibitorio, sensazioni rettali, compliance rettale.[3] L'esame metteva in evidenzia un lieve ipertono sfinteriale, una lieve alterazione della soglia di sensibilità retto-anale e una contrazione paradossa del muscolo pubo-rettale al ponzamento (tabella 1, figura 4). A tempo T0 il paziente presentava una malattia emorroidaria classificata secondo la Classifica PETAH[4] come:

P: 4° 25% a; 3° 75%; r 100%
E: m 100%
T:1
A: s 9; t 25% a; d 21
H: 2

Il paziente veniva sottoposto a trattamento con multicomponente a base di Diosmina, Esperidina e Troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina con la seguente posologia: 3 bustine die per 4 giorni; 2 bustine die per 3 giorni e 1 bustina die fino alla 9ª settimana. Contattato telefonicamente al 7ª giorno di trattamento il paziente riferiva un miglioramento della sintomatologia dolorosa e del senso di peso post-defecazione, anche il sanguinamento risultava particolarmente ridotto.

Figura 1. – Trombosi emorroidaria (T0).

Figura 2. – Emorroidi di 3 grado (T0).

Figura 3. – Proctite aspecifica (T0).

TABELLA 1. Risultati manometrici (T0).

Profilo Anale SPT	Pr. al bordo interno (mmHg)	Ampiezza (mmHg)	P. Media (mmHg)	Bordo Interno (cm)	Bordo Esterno (cm)	Lungh. (cm)
Media ch.1	5,55	74,07	44,95	–99,90	–5,10	–94,80
Media ch.2	4,27	64,93	44,80	–99,90	–5,10	–94,80
Media ch.3	4,00	57,06	35,39	–99,90	–5,10	–94,80
Media ch.4	8,59	71,74	40,62	–99,90	–5,10	–94,80
Medie totali	5,60	66,95	41,44	–99,90	–5,10	–94,80

Squeeze	Incremento Pressione mmHg	P. Media mmHg	Durata	Area mmHg* sec	Max. Incr. Press. mmHg	Max. Dur. s	Sq. Sust. Dur. s	Dur. al 50% s	Sq. Sust. Slope mmHg/s	Fatigue Rate mmHg/s
Media ch.1	57,08	45,41	32,70	430,98	57,08	32,70	2,00	2,30	–15,40	–0,48
Media ch.2	68,59	10,60	33,30	358,33	68,59	33,30	31,70	32,00	–1,18	–0,26
Media ch.3	80,86	63,51	32,60	782,11	80,86	32,60	1,80	2,30	–24,47	–0,46
Media ch.4	52,60	40,48	33,00	472,40	52,60	33,00	2,00	2,40	–13,66	–0,37
Medie totali	64,78	40,00	32,90	510,95	80,86	33,30	9,38	9,75	–13,68	–0,39

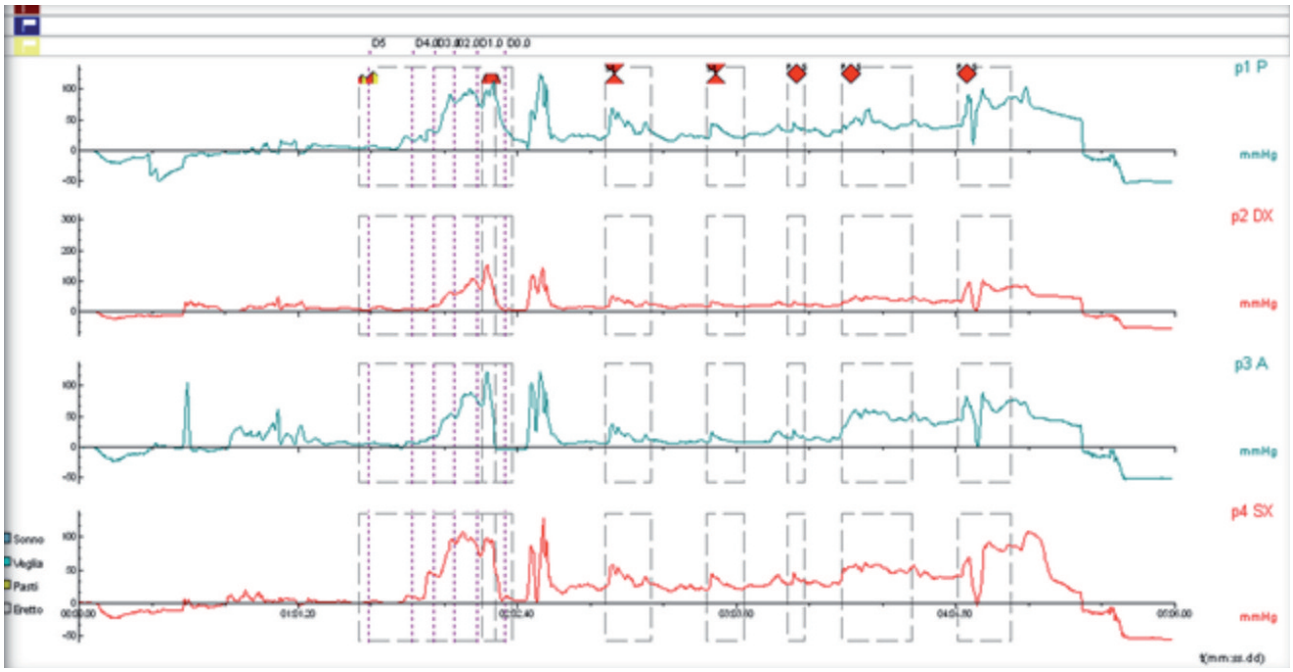


Figura 4. – Grafico manometrico (T0).

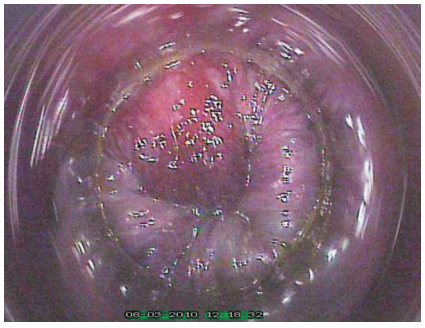


Figura 5. – Quadro emorroidario a 3sett. (T2).

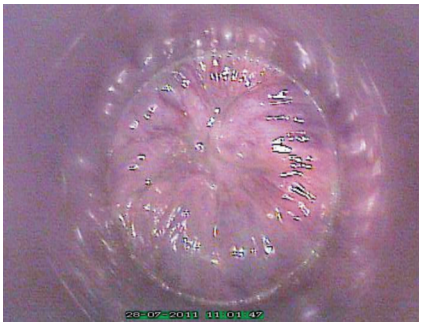


Figura 6. – Quadro emorroidario a 9sett. (T3).

Figura 7. – Proctite isolata (T3).

A 3 settimane dal trattamento veniva rivisitato presso il nostro ambulatorio con valutazione rettoscopica e manometria ano-rettale. Alla rettoscopia si repertava una riduzione del quadro flogistico ano-rettale con presenza di iperemia che coinvolgeva solo una parte della circonferenza anorettale all'incirca il 35%. Il prolasso emorroidario risultava particolarmente ridotto con risoluzione dell'edema e dell'aria trombotica completamente riassorbita. Il prolasso emorroidario circonferenziale si presentava meno congesto e prolassato e il paziente avvertiva una piccola tumefazione del solo gavocciolo anteriore ad ogni defecazione, che si riduceva spontaneamente senza particolari fastidi (figura 5).

TABELLA 2. Riassunto dei controlli e parametri da valutare.

Sintomi/segni	T0 Anamnesi 6 mesi precedenti	T0 Esame obiettivo	Terapia conservativa	T1 7 gg	T2 3 sett.	T3 9 sett.	T4 4 mesi
Grado emorroidi	#	4°25%a; 3°75%; R 100%	3 bust/die x 4gg	#	3°100% R 35%	3° 25% a 2° 75% R 15%	2° 100% R 0%
Sanguinamento (0..27)	21	9	2 bust. /die x 3 gg	5	3	0	0
Dolore basale VAS (0..10)	#	5	1 bust. /die x 9sett.	3	2	0	0
Dolore alla esplorazione VAS(0..10)	#	9		#	5	0	0
Dolore alla defecazione (0..27)	3	21		5	0	0	0
Tumefazione Edema/trombosi%)	#	E 25% a T 25% a		#	E 0% T 0%	E 0% T 0%	0
Tumefazione riferita U (uguale) R (ridotta) S (scomparsa)	#	U		R	R	S	S
Tono sfinterico	#	1		#	0	0	0
Grado prolasso mucoso	#	1°		#	1°	1°	1°

#: non rilevabile

Il paziente riferiva assenza di dolore e un sanguinamento occasionale di intensità lieve che sporcava solo la carta igienica. Alla manometria anorettale si repertava una normalizzazione del tono sfinteriale e della sensibilità ano-rettale ma persistenza della contrazione paradossa del muscolo pubo-rettale al ponzamento. Al follow-up delle 9 settimane dal trattamento con multicomponente il paziente veniva nuovamente sottoposto a visita proctologica con esame rettoscopico che permetteva di osservare una completa risoluzione del quadro trombotico ed edematoso del gavocciolo anteriore che si presentava ridotto e posizionato nel suo contesto fisiologico del canale anale e procidente solo al ponzamento (emorroidi di 3° grado). La rimanente circonferenza emorroidaria risultava fortemente ridotta da un 3° grado ad un 2° grado ricoperta da mucosa di aspetto normale con assenza di aree edematose (figura 6). La mucosa esplorata presentava un notevole miglioramento del quadro flogistico con presenza di isolate aree di iperemia (figura 7*)*. Il paziente riferiva assenza di sanguinamento. A quattro mesi dal trattamento con multicomponente il paziente veniva rivisitato in ambulatorio per il follow-up di controllo è sottoposto a visita con videoproctoscopia digitale e manometria anorettale vettoriale. Alla rettoscopia si repertava assenza di flogosi della mucosa ano-rettale e una patologia emorroidaria di 2° grado con assenza di edema, persistenza di marische esterne. La manometria anorettale repertava invece un normale tono sfinteriale e la scomparsa del riflesso patologico della contrazione paradossa del muscolo pubo-rettale al ponzamento. Il paziente è stato sottoposto ad ogni visita ad un questionario con la valutazione dei parametri sintomatologici più importanti i cui risultati complessivi sono riportati nella tabella 2.

DISCUSSIONE

Con il termine di sindrome emorroidaria ci si riferisce alla patologia che vede coinvolti sia i plessi venosi sia le strutture di sostegno del canale ano-rettale, in particolare i fasci muscolari deputati all'ancoraggio dei plessi medesimi alla parete anorettale. Quali che siano i meccanismi prevalenti, l'esito finale è lo scivolamento verso il basso dei tre cuscinetti di tessuto lasso, e con essi dei plessi venosi. Ancora oggi nonostante siano stati proposti vari modelli patogenetici e vari fattori di rischio, non vi è ancora un'etiologia certa. In particolare lo sfiancamento della parete venosa e le alterazioni a carico del microcircolo, con aumentata permeabilità capillare, congestione linfatica e conseguente edema e flogosi, sembrano i fenomeni più comuni. A questa componente patogenetica comunemente definita vascolare o emodinamica, si associa una componente più specificamente meccanica caratterizzata da degenerazione dei tessuti di sostegno cui sono ancorati i plessi emorroidari. Entrambi le componenti possono costituire il target di specifiche molecole, in grado di migliorare sia la componente venosa sia quella meccanica. Le poche sperimentazioni con farmaci riportate in letteratura riguardano l'uso di tre bioflavonoidi con spiccata attività flebotropa, la diosmina, la troxerutina e l'esperidina,[5,6] in grado di agire sia sul tono venoso sia sul microcircolo. L'innovazione e l'utilizzo del multicomponente costituito da diosmina 300mg, troxerutina 300mg, esperidina 100mg, L-carnitina 200 mg, biologicamente attive sia sul tono vasale sia sul microcircolo sia sul tono muscolare.[7] Di particolare rilievo è l'utilizzo, nel multicomponente raccomandato, dei tre flavonoidi in forma micronizzata che consente un più rapido ed ampio assorbimento intestinale, che comporta un più rapido miglioramento dei parametri microcircolatori, con conseguente deflusso dagli shunt artero-venosi e quindi dell'edema e dei sintomi/segni associati, in modo particolare del dolore, edema e sanguinamento. Inoltre la L-carnitina, che in questo composto rappresenta il valore aggiunto, migliora da una parte il trofismo dei tessuti di sostegno attraverso un'aumentata rigenerazione epiteliale, e dall'altra riduce l'aggregazione delle emazie e la formazione di trombi, favorendo il superamento delle tortuosità vascolari.[8,9] Inoltre la L-carnitina è in grado di ridurre lo stress ossidativo, da

cui sembrano originare molte delle sostanze infiammatorie che giocano un ruolo rilevante nella crisi emorroidaria acuta.

Il follow-up a 7 giorni ha permesso di evidenziare la rapidità nel ridurre la sintomatologia acuta ed una notevole efficacia sulla congestione e sul sanguinamento. Questa rapidità suggerisce che i vari componenti sono rapidamente assorbiti esercitando gli effetti positivi sui plessi emorroidari venosi. In particolare la riduzione del dolore e del sanguinamento suggerisce la notevole efficacia e rapidità di azione di questo multicomponente sull'infiammazione e sull'edema, due fattori determinanti sia nella patologia acuta che nella tendenza alla recidiva. Un dato di notevole interesse clinico è la totale libertà da sintomi, di qualunque tipo, al termine dello studio e dopo follow-up di 4 mesi. Questo effetto potrebbe essere attribuito a diversi fattori; miglioramento dell'edema e della stasi in conseguenza del maggior tono venoso proveniente dalla presenza della triade diosmina+esperedina+troxerutina in forma micronizzata; riduzione dello stress ossidativo da ridotta ipossia locale per ripresa del flusso grazie all'azione meccanica della carnitina e dei tre bioflavonoidi.

Un argomento a parte è la presenza dell'ipertono sfinteriale inizialmente presente e poi normalizzato che potrebbe essere la concausa dell'evento emorroidaria acuto. La normalizzazione dell'ipertono sfinteriale valutato manometricamente potrebbe essere in parte dovuto all'azione della L-carnitina sulle fibrocellule muscolari lisce mediante un meccanismo di regolazione del tono di tipo antiossidativo. L'azione della L-carnitina sul trofismo muscolare potrebbe essere anche la causa o la concausa di un miglioramento dei fasci muscolari deputati all'ancoraggio dei plessi emorroidari alla parete ano-rettale, che cosi si traduce in una minore escursione dei pacchetti emorroidari all'esterno durante lo sforzo defecatorio. Tuttavia sono necessari ulteriori studi per avvalorare questa ipotesi biomeccanica.

CONCLUSIONI

Il nuovo multicomponente a base di diosmina,esperidina,troxerutina in miscela micronizzata e di L-carnitina induce una rapida riduzione della sintomatologia acuta già entro i primi 7 giorni. Questi effetti si accompagnano anche ad una riduzione del sanguinamento. Gli effetti benefici sono stati osservati anche a 2 mesi dall'interruzione della terapia, mettendo in risalto gli effetti del composto sulla riduzione dell'edema, sulla stasi venosa, sulla flogosi e infine non per ultimo sul trofismo muscolare. I positivi effetti osservati nella fase acuta potrebbero essere solo una parte dei benefici realmente perseguibili con l'uso di somministrazioni cicliche. L'uso di questo multicomponente appare quindi rapidamente efficace e ben tollerato nei soggetti con sindrome emorroidaria acuta.

BIBLIOGRAFIA

1. Cafaro D. et al. Terapia combinata con simbiotico e anti-infiammatorio locale nel trattamento dell'anite rossa. Minerva Gastroenterologica e Diabetologica 2007; 2; 117-125.
2. Cafaro D. Combination therapy with symbiotics and local antiinflammatories in the treatment of red anusitis. Resultant preliminary. Techniques in Colonproctology 2007; 2 June.
3. Cafaro D. et al. Manometry-based surgical treatment of anal fissure minimizes postoperative fecal incontinence. Atti Congresso Biennale Società Italiane di Colonproctologia. Bologna 2002; 513.
4. Dodi G. et al. Classificazione e stadiazione della malattia emorroidaria. It J Colonproct, 2001; 20: 139-142.
5. Cheatle TR, Scurr JH. Drug treatment of chronic venous insufficiency and venous ulceration: a review. J R Soc Med 1991; 84; 354.8.
6. Lyseng Williamson KA, Perry CM. Micronised purified flavonoid fraction: a review of its use in chronic venous insufficiency; venous ulcers and hemorrhoids. Drug 2003; 63; 71-100.
7. S. Brambilla, S. Agradi. Effetti della supplementazione con nuovo multicomponente nella sindrome emorroidaria. Minerva Gastroenterol Dietol 2011; 57: 1-10.
8. Mantle D, Wilkins RM, Preedy V. A novel therapeutic strategy for Ehlers-Danlos syndrome based on nutritional supplements. Medical Hypotheses 2005; 64: 279-83.
9. Fritz IB. Clustering of erythrocytes by fibrinogen is inhibited by carnitine: evidence that sulfhydryl groups on red cell membranes are involved in carnitine actions. J Cell Physiol 1991: 269-76.

Corrispondenza:

danilo.cafaro@tiscalinet.it

Caso clinico

Commento: Le emorroidi interne sono costituite da cuscinetti fibrovascolari localizzati nella sottomucosa del canale anale, contenenti shunt artero-venosi e supportati da fibre muscolari lisce, un tessuto per certi aspetti assimilabile a quello dei corpi cavernosi, e le varicosità venose riguardano soprattutto il complesso emorroidario esterno. Il trattamento con terapia medica di un prolasso emorroidario di secondo grado, sanguinante, ha prodotto in questo caso buoni risultati alle visite di controllo, apparentemente con regressione del prolasso e stabilizzazione in un quadro di emorroidi di 1° grado.

Trattamento conservativo in un paziente con malattia emorroidaria di II grado

ANDREA SPREAFICO

Chirurgia Generale c/o ICCS, Milano

INTRODUZIONE

Le emorroidi sono varicosità delle vene del plesso venoso emorroidarie deputate alle funzioni di continenza e di evacuazione. I vasi sanguigni che si trovano nel plesso emorroidario sono soggetti a fenomeni patologici come infiammazioni o trombosi e sono spesso causa di una sintomatologia caratterizzata da bruciore, dolore, prurito e sanguinamento. L'eziologia della malattia emorroidaria è multifattoriale. Fra le principali cause, oltre ad una predisposizione individuale (familiarità), si riconoscono fattori alimentari, fisici (tipo di attività lavorativa), psicologici, eventuali terapie e condizioni ormonali (ad es. gravidanza). I sintomi più caratteristici della malattia emorroidaria sono rappresentati dal sanguinamento (quello più frequente), dal prolasso, dal dolore, dal prurito, dalle perdite mucose e dal fastidio a livello anale. Negli stadi iniziali sia dolore che prurito non sono particolarmente intensi e molte persone riescono a convivere abbastanza bene con questa sintomatologia. Il problema della stipsi che costituisce un fattore di rischio è comunque un aggravamento dei sintomi nel caso di patologia già in atto.

Le emorroidi vengono classificate in quattro gradi in base alla loro gravità. Le emorroidi di I grado sono ubicate all'interno del canale anale e di conseguenza non sono visibili se non tramite esame anoscopico; sono generalmente indolori e il soggetto che ne è affetto si rende conto della loro presenza solo in caso di sanguinamento. Le emorroidi di II grado sono ubicate all'interno del canale anale, ma prolassano all'esterno durante l'atto defecatorio per poi rientrare in modo spontaneo, associandosi a sanguinamento e fastidio. Le emorroidi di III grado prolassano persistentemente all'esterno del canale anale ed è necessaria una manovra manuale di riposizionamento al fine di farle rientrare all'interno del canale stesso. Le emorroidi di IV grado non sono riposizionabili all'interno del canale anale per cui la mucosa anale è costantemente al di fuori della rima anale.

CASO CLINICO

Il paziente giungeva alla prima osservazione specialistica colo-proctologica nel Novembre 2010

per rettorragia postevacuatoria e proctalgia. In considerazione dell'età del paziente (54 anni) e della sua familiarità per neoplasie colo-rettali il paziente, su indicazione del Medico Curante, recava recente colonscopia che evidenziava modesta congestione del plesso emorroidario, per il resto reperti nella norma. In anamnesi paziente affetto da ipertensione arteriosa in terapia medica senza precedenti chirurgici di rilievo. Negava allergie a farmaci ed intolleranze. Negava di essere fumatore. Alla prima valutazione (T0) il paziente riferiva un alvo di norma regolare, con saltuari episodi di stipsi trattati al bisogno con lassativi. Rari episodi di sanguinamento post-evacuatorio, mai proctalgia. Saltuaria sensazione di fastidio locale. Dieta varia senza particolari limitazioni.

Da circa una settimana riferiva algia di modesta intensità (VAS = 3) esacerbata all'evacuazione (VAS = 5), seguita da rettorragia post-evacuatoria (severità lieve, con manifestazione ad ogni evacuazione da circa una settimana), sensazione di prurito/fastidio = 3 in assenza di tenesmo.

Per il dolore il paziente riferiva all'occorrenza l'assunzione di nimesulide.

All'esame obiettivo, l'addome appariva nella norma senza particolarità di rilievo. Nella posizione di Sims, all'ispezione la cute peri-anale si presentava regolare mentre all'ER lo sfintere era normotonico, con buona coordinazione pubo-rettale, ampolla regolare a pareti soffici e ben distendibili; si procedeva all'esecuzione di anoscopia, con agevole introduzione dello strumento con modesta dolorabilità evocata, evidenza di mucosa regolare, in uscita plesso emorroidario congesto in maniera circonferenziale con piccole aree di trombosi, sotto ponzamento lieve prolasso mucoemorroidario. In conclusione era presente una malattia emorroidaria di II grado.

In considerazione del grado della malattia emorroidaria e della sintomatologia riferita si decideva di procedere con trattamento conservativo-osservazionale. Si consigliava un multicomponente a base di diosmina, esperidina, troxerutina ed L-carnitina 3 bustine die per 4 giorni, 2 bustine die per 3 giorni ed 1 bustina die per 2 mesi, dieta leggera e regolare, adeguato apporto idrico (almeno 2 litri d'acqua/die), regolarizzazione dell'alvo con introduzione di fibre ed adeguata igiene locale con detergenti specifici.

A 7 giorni dall'inizio del trattamento (T1), al controllo telefonico il paziente riferiva un netto miglioramento della sintomatologia algica (VAS = 2), con rari episodi di ematochezia post-evacuatoria (2 episodi nella settimana), sensazione di prurito/fastidio (= 2). La tumefazione anale veniva riferita ridotta senza ricorso agli antidolorifici (FANS).

Dopo 3 settimane (T2) il paziente riferiva la scomparsa della sintomatologia dolorosa pre e post-evacutaoria (VAS = 0), senza più episodi di rettorragia (1 episodio in 3 settimane), sensazione di prurito/fastidio (= 1) mentre la tumefazione anale non risultava più percepibile. A un mese e mezzo (T3) dalla prima vista proctologica il paziente giungeva per un controllo ambulatoriale, riferiva la completa scomparsa del dolore e del sanguinamento pre e posteva-

cuatorio, residuando un saltuario/occasionale prurito locale. All'esplorazione rettale la cute peri-anale si presentava regolare, con sfintere normotonico, buona coordinazione del puborettale, ampolla regolare; all'anoscopia agevole introduzione dello strumento, con evidenza di plesso emorroidario regolare, non congesto, scomparsa delle aree di trombosi, sotto ponzamento non prolasso muco-emorroidario. In conclusione: malattia emorroidaria di I grado.

In considerazione della completa risoluzione del quadro evidenziato alla prima valutazione si consigliava al paziente di proseguire con un regime alimentare specifico ricco di fibre ed adeguato apporto idrico (almeno 2 litri d'acqua al giorno) e successiva rivalutazione ambulatoriale a 4 mesi.

Per il prurito si consigliava l'utilizzo di pomate specifiche.

Al controllo successivo (T 4) il paziente riferiva completo benessere, non più rettorragia né proctalgia, alvo regolare/quotidiano. Tumefazione scomparsa. In considerazione delle condizioni generali riferite si soprassedeva all'esecuzione di esplorazione rettale/anoscopia. Si rinviava il paziente ad un successivo controllo colo-proctologico in caso di ulteriore comparsa di sintomi o segni (sanguinamento, proctalgia).

All'ultimo controllo telefonico (T5, Dicembre 2011), il paziente riferiva completo benessere.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'utilizzo di diosmina, esperidina, troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina nel paziente affetto da malattia emorroidaria di II grado sintomatica ha comportato dei vantaggi oggettivi e soggettivi ed ha permesso una più rapida normalizzazione del quadro emorroidario. L'azione dei flavonoidi, grazie alla loro azione che riduce la permeabilità capillare modificando la trasudazione nei liquidi nei tessuti ed espletando la sua proprietà antivaricosa ed anti-emorroidaria, ha verosimilmente permesso una più rapida guarigione facendo rientrare il quadro emorroidario in tempi più brevi.

Per quello che è la mia esperienza ho potuto notare che l'utilizzo di flavonoidi accelera la guarigione locale e riduce la sintomatologia dolorosa favorendo un minor utilizzo di farmaci antinfiammatori. È indubbio però che l'utilizzo di questi integratori alimentari richiede una piena collaborazione del paziente che deve modificare la propria dieta introducendo un'adeguata quantità di liquidi con l'obiettivo di rendere morbide le feci e facilitarne il loro transito nell'intestino ed evitare cibi che possano rallentarlo.

Corrispondenza:
andrea.spreafico@gmail.com

Caso clinico

Commento: Viene evidenziata l'efficacia dell'associazione a base di diosmina, troxerutina, esperidina in miscela micronizzata ed L-carnitina come adiuvante della terapia medica dopo muco-prolassectomia. Il paziente viene tuttavia trattato anche con un cortisonico topico in forma di schiuma unitamente alla mesalazina. In questo caso quindi sembra che persista il dubbio su quanto l'associazione dei flebotropi abbia di per sè influito nel controllo dell'edema e del dolore.

Trattamento con l'associazione a base di diosmina, troxerutina, esperidina in miscela micronizzata ed L-carnitina in paziente affetto da patologia emorroidaria di III-IV grado sec. Parks

ENRICO DONADEI

Stabilimento Ospedaliero di Mesagne ASL, Brindisi

INTRODUZIONE

Presentiamo il caso di un paziente maschio di 61 iperteso e diabetico anni affetto da prolasso emorroidario di III-IV grado trattato l'associazione a base di diosmina, troxerutina, esperidina in miscela micronizzata ed L-carnitina come coadiuvante alla terapia chirurgica.

CASO CLINICO

Il paziente giunge alla nostra osservazione per disturbi anali caratterizzati da prolasso emorroidario che compare all'atto della defecazione e con risoluzione dopo riduzione manuale del prolasso in ampolla. Manifesta sanguinamento a seguito della canalizzazione alle feci lamentando presenza di sangue rosso vivo che sporca dall'esterno le feci e che è visibile, inoltre, nel water e sulla carta igienica.

Lamenta, inoltre, tenesmo rettale, prurito anale e algie, non correlate con l'atto defecatorio e invalidanti in quanto durevoli nel tempo e che si manifestano lungo tutto l'arco della giornata.

nella storia clinica, insorta circa trenta anni prima, sono presenti episodi ripetuti dì trombosi emorroidaria. la scala di wexner per la valutazione della stipsi determina un punteggio pari a zero.

Nella sua storia clinica si segnala appendicectomia all'età dì 25 anni e nel novembre 2008 intervento di ablazione transcatetere mediante radiofrequenza per fibrillazione. Affetto da diabete mellito tipo II, ipertensione arteriosa essenziale, dislipidemia, presenta familiarità positiva per cardiopatia ischemica. La terapia domiciliare include lansoprazolo, metformina, Neolotan, Norvasc, Quark, sinvastatina, Cardirene sospeso 4 giorni prima dell'intervento e sostituito con Clexane 40001 fl s.c./die la cui somministrazione è continuata per le due settimane successive all'intervento.

Alla valutazione obiettiva si evidenzia un prolasso emorroidario di III-IV grado secondo Parks. E' presente edema emorroidario coinvolgente l'intera circonferenza anale in assenza di fenomeni trombotici.

All'esplorazione rettale è rilevabile un ipertono dello sfintere e la stessa manovra risulta dolorosa per il paziente. L'anoscopia conferma il quadro clinico descritto mostrando un prolasso mucoso.

Come da schema indicato dal protocollo dì studio il paziente si sottopone a trattamento con l'associazione a base di diosmina, troxerutina, esperidina in miscela micronizzata ed L-carnitina, 1 bustina/die, nelle quattro settimane che precedono l'intervento. A sette giorni dall'inizio del tratta-

TABELLA 1 — Evoluzione dei segni e sintomi in funzione del trattamento.

Sintomi / Segni	T0 Anamnesi 6 mesi precedenti	T0 Esame obiettivo	Terapia conservativa o parachirurgica?	T1 7 giorni	T2 3 settimane	T3 9 settimane	T4 4 mesi
grado emorroidi	III-IV			III-IV	II-IV	V	I
sanguinamento (0...10)	3	3		3	3	0	0
dolore basale VAS (0...10)	7	7		7	3	0	0
dolore alla esplorazione VAS (0...10)	9	9		9	5	5	3
dolore alla defecazione (0...27)	0	0		0	0	0	0
tumefazione (edema/trombosi) % circonf.)							
tumefazione riferita U (uguale) R (ridotta) S (scomparsa)	U	U		U	R	S	S
tono sfinterico							
grado prolasso mucoso		IV		III	III	I	I

mento non è rilevabile un reale miglioramento.

Il T2 si caratterizza per il decremento del dolore basale e all'esplorazione digitale associati alla sensazione soggettiva da parte del paziente della riduzione della tumefazione emorroidaria.

Il paziente è sottoposto ad intervento chirurgico in data 05/10/2011. Esegue ECG ed esami ematochimici preoperatori, viene, inoltre, somministrata una profilassi antibiotica per l'endocardite batterica.

L'intervento eseguito di mucoprolassectomia secondo Longo ed asportazione di polipo del canale anale si caratterizza per un decorso post operatorio regolare. In seconda giornata postoperatoria il paziente viene dimesso, previo il controllo dei valori emocromocitometrici in prima giornata, e dopo avvenuta canalizzazione a feci.

Il referto istologico pone diagnosi di polipo fìbro-epiteliale della mucosa del canale anale con angectasie e flogosi cronica e di frammento di mucosa colica con edema, congestione del plesso venoso ed infiltrazione emorragica recente.

Alla dimissione viene prescritta l'assunzione di Clipper 5 mg 1 cp/dìe per 10 giorni, Asacol 800 mg 1 cpx2/dìe per 30 giorni, l'associazione a base di diosmina, troxerutina, esperidina in miscela micronizzata ed L-carnitina, 1 bustina/die per 5 settimane.

Come da protocollo in uso presso il nostro reparto il paziente viene sottoposto a visita ambulatoriale di controllo a sette e quindici giorni dalla data dell'intervento riportando un decorso post-operatorio regolare con importante riduzione dei disturbi e persistenza di lieve sanguinamento durante le evacuazioni.

Il controllo a un mese dall'intervento e pertanto a circa 9 settimane dall'inizio della terapia con l'associazione suddetta, mostra la quasi completa scomparsa dei disturbi manifestati in precedenza persistendo un lieve dolore all'esplorazione rettale. L'anoscopia mostra la completa correzione del prolasso mucoso.

L'ultimo controllo ambulatoriale a quattro mesi dall'inizio della terapia medica ed a tre mesi dal trattamento chirurgico evidenzia la completa guarigione del paziente con la scomparsa della sintomatologia soggettiva e la normalizzazione del quadro obiettivo.

CONCLUSIONI

L'esperienza di utilizzo del multicomponente a base di diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata e di L-carnitina è stata acquisita nel corso di 18 mesi circa di utilizzo, nella pratica clinica. È stato considerato il ruolo benefico di detto integratore nel confronto con gli altri prodotti farmaceutici utilizzati comunemente, sia quando l'impiego è stato in forma di unico presidio, sia quando è stato somministrato in associazione ad altre terapie farmacologiche sistemiche e/o loco-regionali, ovvero in associazione a trattamenti chirurgici o para-chirurgici.

Il DERC ha dimostrato un'efficacia maggiore rispetto alle altre opzioni terapeutiche nel controllo dei sintomi correlati con la malattia emorroidaria.

In caso di malattia emorroidaria complicata da sanguinamento emorroidario, la letteratura riporta risultati significativamente più favorevoli del trattamento farmacologico con diosmina-esperidina micronizzata, rispetto alla sola InfraRed Photocoagulation. Così pure la sintomatologia algo-disfunzionale post-chirurgica (emorroidectomia sec. Milligan Morgan) -dolore, tenesmo, prurito e sanguinamento- si riducono più velocemente e sensibilmente se alla terapia antibiotico-antinfiammatoria si associa il flebotropo diosmina-esperidina micronizzata. Ugualmente nella malattia emorroidaria non complicata da prolasso ma determinante sanguinamento, la terapia con diosmina-esperidina micronizzata migliora comunque la risposta al controllo della sintomatologia rispetto alla legatura elastica delle emorroidi associata all'integrazione dietetica con fibre.

Nella nostra esperienza DERC si è dimostrato efficace nel ridurre sensibilmente i sintomi correlati alla patologia emorroidaria e la sua validità risulta dimostrata tanto più nel suo impiego quale singolo prodotto, ed anche in fase di acuzie, specie in tutte quelle situazioni in cui l'esperienza avrebbe consigliato invece il ricorso a medicamenti loco-regionali e/o sistemici del tipo cortisonici e/o antiedemigeni e/o aggreganti –vedi in concomitanza con gli atti chirurgici e/o para-chirurgici (prolassectomia, emorroidectomia, legatura, iniezioni sclerosanti, incisioni).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La terapia con l'associazione a base di diosmina, troxerutina, esperidina in miscela micronizzata ed L-carnitina ha rappresentato un valido coadiuvante nel trattamento chirurgico della patologia emorroidaria, consentendo di preparare il paziente all'intervento attraverso un'importante riduzione dell'edema in sede muco-emorroidaria. In fase post-operatoria il trattamento suddetto ha comportato un miglioramento della qualità di vita del paziente determinando una forte attenuazione dei disturbi postoperatori.

Corrispondenza:
DONADEI ENRICO
Email: alessandro.salvemini@poste.it

Commento: L'utilizzo dei flebotropi oltre a dimostrarsi ben tollerato nella maggior parte dei casi anche in presenza di ipertensione, può essere considerato un aiuto nella riduzione dell'edema e del dolore postoperatorio secondario ad emorroidectomia e, nei casi in cui la malattia emorroidaria sia ancora in fase iniziale, può essere assunto come terapia ciclica di mantenimento nei casi associati a sanguinamento.

Il trattamento con flebotropi come coadiuvante del controllo antalgico dopo emorroidectomia

FRANCESCO PIEMONTE, GIOSUÈ CALABRIA, LUIGI MAIELLO

U.O. di Colonproctologia, Casa di Cura "Meluccio," Pomigliano d'Arco, Napoli

INTRODUZIONE

La patologia emorroidaria rappresenta una delle malattie di più frequente riscontro nella società ad alto tenore economico, in grado di limitare anche pesantemente la qualità di vita di un paziente. La fascia di età maggiormente colpita è quella tra i 40 ed i 65 anni con incidenza ugualmente distribuita tra i due sessi.

Le emorroidi consistono in un tessuto ipervascolarizzato, ricco in arteriole e capillari, localizzato a livello della porzione distale del retto e del canale anale.

La comparsa delle emorroidi è dovuta a più fattori quali: età, sesso, razza, ereditarietà, fattori endocrini, costituzione, abitudini posturali, dieta, stipsi cronica, fibrosi del canale anale o ipertono dello sfintere anale interno.

Il sintomo di esordio più frequente è rappresentato dal sanguinamento rettale che si verifica soprattutto durante la defecazione. Il sangue emorroidario è prevalentemente di tipo arterioso e non venoso grazie alle anastomosi arterovenose ben documentate dagli studi anatomici. Altri sintomi frequenti sono rappresentati da un vago senso di pesantezza, sensazione di corpo estraneo, tenesmo e prurito anale; nelle forme complicate (trombizzate) si osserva dolore anche insopportabile.

Esistono due classificazioni delle emorroidi; la prima in cui la patologia emorroidaria viene suddivisa in quattro gradi: I grado (emorroidi allo stato di semplici ectasie che sporgono nel lume del proctoscopio, con una zona pettinea solidamente fissa allo sfintere sottostante); II grado (gavoccioli ampi che compaiono all' orifizio anale al ponzamento e si riducono spontaneamente alla fine della defecazione); III grado (noduli emorroidari che, fuoriusciti dopo uno sforzo, non rientrano spontaneamente e la loro riduzione può avvenire solo manualmente); IV grado (emorroidi permanentemente esteriorizzate non riducibili); una classificazione più recente (PATE 2000, Sorrento) tiene conto della presenza di emorroidi interne (P0 emorroidi non prolassate, P1 prolasso di singolo nodulo, P2 prolasso doppio nodulo, P3 prolasso triplo nodulo e P4 prolasso circonferenziale), degli eventi acuti (A0 no eventi acuti, AB sanguinamenti, AE edema, AT trombosi), del tono sfinteriale (T-1 ipotono sfinteriale, T0 normotono, T+1 ipertono sfinteriale) e delle emorroidi esterne (E0 no emorroidi, E1 singolo nodulo, E2 doppio nodulo, E3 triplo nodulo, E4 prolasso circonferenziale).

Il trattamento delle emorroidi può essere medico, parachirurgico e chirurgico. Il trattamento parachirurgico si basa sull'utilizzo di scleroterapia, legatura elastica, crioterapia, coagulazione all'infrarosso, elettrocoagulazione. Il trattamento chirurgico comprende l'emorroidectomia (il metodo più diffuso in Europa segue la tecnica aperta proposta da Milligan-Morgan, mediante le successive evoluzioni con elettrocauterizzazione, ultrasuoni o radiofrequenza); di mucoprolassectomia con PPH-STAPLER (tecnica introdotta da Longo); di legatura delle arterie emorroidarie tramite sonda doppler (HAL Hemorrhoidal Artery Ligation oppure THD Transanal Haemorrhoidal Dearterialization). Il trattamento medico include diversi farmaci che agiscono soprattutto sull'edema e sulla trombosi venosa dei noduli emorroidari esterni ed interni in particolar modo anche nel decorso post-operatorio. Nella nostra esperienza notevole efficacia sulla congestione dei noduli esterni ed interni è stata riscontrata con la somministrazione di diosmina, troxerutina ed esperidina. Il trattamento farmacologico ha ridotto anche la sintomatologia dolorosa ed il sanguinamento post-evacuazione.

Prenderemo in esame i risultati clinici di due pazienti, uno di sesso maschile e l'altro di sesso femminile, entrambi sottoposti terapia medica specifica pre-operatoria, ad intervento chirurgico di emorroidectomia e terapia medica post-operatoria.

CASI CLINICI

Il primo caso riguarda un paziente di anni 43, commerciante, non fumatore, normopeso, in apparente buone condizioni di salute senza patologie concomitanti, il quale si presenta alla nostra osservazione nel mese di Settembre 2011 con una storia clinica di emorroidi interne ed esterne di terzo grado, valutate all'esplorazione rettale ed all'anoscopia. Il paziente riferisce senso di pesantezza anale da circa quattro mesi e sensazione di prurito occasionale in regione anale messo in relazione alle due ore dopo la defecazione. Riferisce storia di stipsi e soprattutto di rettorragia con dolore post defecazione che nelle ultime quattro settimane è diventata sempre più intensa tanto da necessitare di un esame emocromocitometrico da cui si evince un valore di emoglobina di 9 gr/dl (T0). Occasionalmente l'assistito assumeva diosmina ed antidolorifici FANS per via orale nella misura di tre somministrazioni a settimana, con una dieta ricca di fibre che determinavano un miglioramento della sintomatologia. La sua storia clinica ci ha portato a prescrivere una rettoscopia di controllo che ha confermato la presenza di emorroidi interne congeste e con voluminose teleangiectasie sovrastanti e sanguinanti al tocco dell' endoscopio, escludendo la presenza di neoformazione polipoidi endoluminali.

Poiché il caso specifico necessitava di intervento chirurgico programmato di emorroidectomia, abbiamo nel frattempo seguito un protocollo terapeutico con la somministrazione di diosmina, troxerutina, esperidina (in miscela micronizzata) ed L-carnitina per via orale nella dose di 4

gr/die nelle 24 ore, per quattro settimane prima di sottoporlo ad intervento chirurgico (T2).

I controlli clinici ambulatoriali pre-operatori venivano programmati con cadenza settimanale (T1) per valutare nello specifico frequenza/severità del sanguinamento, del dolore, del prurito e del tono sfinterico. Dopo quattro settimane il paziente in esame viene sottoposto ad intervento chirurgico di emorroidectomia interna con manipolo a radiofrequenza ed emorroidectomia esterna sec Milligan-Morgan, in anestesia epidurale. Alla visita chirurgica che precede l'intervento era già possibile evidenziare una riduzione dell'edema e quindi del volume dei noduli emorroidari, e, a dire del paziente, una riduzione notevole delle rettorragie post-defecazione. Il sanguinamento ridotto si è potuto già constatare durante l'intervento chirurgico che ha messo in evidenza una riduzione di numero e volume delle teleangiectasie interne (Tabella 1).

Il paziente viene dimesso il giorno successivo in assenza di perdite ematiche. La terapia domiciliare consiste in somministrazione di fibre, detergente con antisettico e crema locale specifica, antidolorifici al bisogno ed una bustina di diosmina, troxerutina, esperidina ed L-carnitina /die per cinque settimane (T3).

I controllo ambulatoriali post-operatori si sono tenuti nella prima settimana ogni tre giorni, successivamente una volta a settimana fino alla quinta settimana, per poi concludere con un controllo ogni tre settimane fino al quarto mese (T4) (Tabella 1).

L'esame emocromocitometrico effettuato al tempo T4 risultava essere normalizzato con valori di emoglobina di 12,8 gr/dl.

Il secondo caso riguarda una paziente di anni 65, casalinga, fumatrice di circa dieci sigarette/die, in sovrappeso ed apparente buona condizione di salute con concomitante ipertensione di grado lieve in terapia farmacologica ed in buon compenso, con una storia clinica di stipsi da diversi anni, che si presenta alla nostra osservazione a fine settembre 2011 con dolore acuto in regione perianale e tenesmo che regredisce momentaneamente con la somministrazione di FANS. La paziente riferisce di essere affetta da emorroidi esterne.

L'esame clinico mette in evidenza la presenza di due noduli emorroidari esterni, congesti e trombizzati molto dolenti alla palpazione, associati ad un severo grado di tenesmo che rende poco efficace l'esplorazione rettale (T0). Il sanguinamento è lieve. La nostra diagnosi clinica è di emorroidi di II grado in fase di acuzie.

In accordo con la paziente proponiamo una terapia di supporto rappresentata come da schema terapeutico dalla somministrazione di diosmina, troxerutina, esperidina (in miscela micronizzata) ed L-carnitina in bustine da 4,0 gr, tre al giorno per i primi quattro giorni (T1), a seguire di due bustine al giorno per altri tre giorni (T2), ed una bustina al giorno fino alla nona settimana (T3). Durante il trattamento la paziente, soprattutto nei primi due giorni dopo la nostra visita ha fatto uso anche di antidolorifici specifici della categoria dei FANS, associato ad un gastroprotettore ed a fibre per la stipsi accentuata anche dal tenesmo e dal dolore.

I risultati degli effetti terapeutici dello schema di trattamento adottato vengono riassunti nella Tabella n°2, mettendo in evidenza anche un controllo clinico a quattro mesi (T4) come tempo di recidiva o meno della patologia emor-

TABELLA 1. – Riassunto dei controlli e dei parametri

Sintomi/segni	T0 Anamnesi, 6 mesi prec	T0 Esame obiettivo	Trattamento	T1 7gg	T2 3 settimane	T3 9 settimane	T4 4 mesi
Grado emmoroidi	*	3°	Chirurgico	*	*	*	*
Sanguinamento (0-27)	20	16		18	10	0	0
Dolore basale, prurito							
(VAS 0-10)	*	5		*	*	*	*
Dolore all' esplorazione							
(VAS 0-10)	*	6		7	4	2	2
Dolore alla defecazione (0-27)	5	5		6	3	2	0
Tumefazione (% circon)	*	80%		80%	40%	10%	5%
Tumefazione riferita							
Uguale, ridotta, scomparsa	*	R		R	R	S	S
Tono sfinterico (-2..2)	*	0		1	-1	-1	-2
Grado prolasso mucoso	*	Triplo nodulo		*	*	*	*

TABELLA 2. – Riassunto dei controlli e dei parametri

Sintomi/segni	T0 Anamnesi, 6 mesi prec	T0 Esame obiettivo	Trattamento	T1 7gg	T2 3 settimane	T3 9 settimane	T4 4 mesi
Grado emorroidi	*	2°	Terapia conservativa	2°	1°	1°	1°
Sanguinamento (0-27)	5	10		2	2	0	0
Dolore basale, prurito (VAS 0-10)	2	7		5	4	1	0
Dolore all'esplorazione (VAS 0-10)	*	8		5	3	1	0
Dolore alla defecazione (0-27)	5	23		15	8	6	0
Tumefazione (% circon)	*	50%		30%	10%	5%	5%
Tumefazione riferita Uguale, ridotta, scomparsa	*	*		R	R	S	S
Tono sfinterico (-2..2)	*	2		1	-1	-1	-2
Grado prolasso mucoso	*	Doppio nodulo		*	*	*	*

roidaria acuta. Già dopo i primi quattro giorni di trattamento, l'assistita riferisce un notevole miglioramento della sintomatologia clinica dolorosa ed un miglioramento della stipsi; la visita medica dimostra una riduzione del quaranta percento dell'edema e della congestione con conseguente riduzione del tenesmo che ha consentito di effettuare una migliore esplorazione rettale confermando l'assenza di sanguinamento in atto, la presenza di feci normoconformate in ampolla rettale e la presenza di emorroidi interne lievemente congeste. Naturalmente la paziente ha seguito anche un rigido regime alimentare ricco di fibre e cercando di ridurre il numero di sigarette giornaliere. Dopo circa dieci giorni dall'evento acuto i noduli emorroidari esterni si sono ridotti dell'ottanta percento, il tenesmo quasi scomparso, il sanguinamento assente, il dolore solo alla palpazione profonda, assenza di prurito.

Dopo circa venti giorni la congestione delle emorroidi esterne è praticamente scomparsa; la paziente riferisce anche un migliorato senso di tono sfinteriale ed una regolarità nell'evacuazione che si verifica ogni trentasei ore circa.

DISCUSSIONE

I vantaggi più evidenti osservati nei due pazienti sottoposti a terapia con diosmina, troxerutina, esperidina ed L-carnitina sono relativi al più agevole controllo del dolore post-evacuazione. Nella nostra esperienza, infatti, l'intensità del dolore anale è stata lieve-moderata.

La ripresa delle attività socio-lavorative è stata sicuramente precoce, specie se paragonata ai dati riportati in letteratura con le altre tecniche di emorroidectomia associate a terapia medica aspecifica. Anche questo dato può essere considerato un criterio di valutazione del dolore, dal momento che il ripristino della vita di relazione e di quella lavorativa avviene solo dopo il completo recupero delle proprie capacità, o almeno in presenza di una sintomatologia dolorosa assai moderata. Nessuno dei due pazienti ha mostrato alterazioni maggiori della continenza fecale, anzi per il primo caso sottoposto ad intervento chirurgico non vi sono stati segni di incontinenza né di stenosi, ed a maggior ragione nel secondo caso abbiamo appurato una sorta di miglioramento del tono muscolare della regione perineale e peri-anale con migliore continenza fecale ed urinaria.

Il sanguinamento è stato l'altro segno clinico di notevole rilevanza come parametro di valutazione dell'efficacia della terapia con diosmina, troxerutina, esperidina ed L-carnitina. Nel primo caso clinico risulta subito chiaro come il decorso post-operatorio abbia messo in evidenza una ridotta congestione dei tessuti perianali scongiurando la possibilità di un sanguinamento post-operatorio a breve e a media distanza con la sola presenza di secrezione siero-ematica pre e post-evacuazione ed il miglioramento dei livelli di emoglobina dopo trenta giorni. Nel secondo caso il sanguinamento già irrilevante al T0 si è mantenuto tale anche al T4. Il prurito anale nel primo caso clinico inesistente nella fase pre-operatoria si è lievemente accentuato nella fase post-operatoria ma più per il processo di cicatrizzazione e riparazione tessutale che non per un processo infiammatorio emorroidario residuo; nel secondo caso clinico invece il prurito da lieve al momento della visita medica è andato a scomparire al T4.

Trattandosi di una terapia somministrata secondo protocollo per via orale, è naturale tener conto anche degli effetti collaterali di questo preparato. Infatti sia nel primo che secondo caso clinico c'è stata assenza di sintomi collaterali riferiti dai due pazienti, testimoniando un'ottima tollerabilità al multicomponente, soprattutto non ha influito sui livelli di pressione arteriosa della paziente n° 2.

CONCLUSIONI

Sulla base dei risultati di questi due casi clinici si può affermare che la somministrazione di un multicomponente per via orale a base di diosmina, troxerutina e di esperidina, in miscela micronizzata, più L-carnitina, costituisce un'arma innovativa ed efficace nel trattamento dei sintomi e segni clinici maggiori della patologia emorroidaria di II e III grado.

I soggetti da noi esaminati riportavano l'attenzione sul dolore nel decorso post-operatorio per emorroidectomia e sul dolore della fase acuta della malattia emorroidaria in trattamento medico conservativo, sia a breve che a lunga distanza fino al tempo T4; ciò ci ha fatto notare che i miglioramenti in termini di decongestione e quindi di sanguinamento si sono prolungati per mesi, e quindi razionalmente stabilendo la possibilità di adoperare dei cicli di terapia di mantenimento nella misura di una bustina per os al giorno per tre mesi per due cicli all' anno soprattutto nelle fasi iniziali della malattia emorroidaria (I e II grado) quando la stasi venosa è ancora suscettibile di recupero.

Un miglioramento dell'edema e della stasi venosa si ha come conseguenza del maggior tono venoso proveniente dalla presenza della triade diosmina-esperidina-troxerutina in forma micronizzata; e la riduzione dello stress ossidativo da ridotta ipossia locale per una più veloce ripresa del flusso ematico grazie all'azione meccanica della L-carnitina che ha attività trofica tissutale ed antiaggregante e dei tre bioflavonoidi con attività antiedemigena e capillaroprotettrice.

Corrispondenza:

Email: giosuecalabria@libero.it

Commento: Nei casi di edema emorroidario associato a concomitante ragade anale l'uso della miscela di flebotropi unito alla terapia conservativa basata sulle autodilatazioni consente, grazie alla loro azione sinergica, una più rapida risoluzione dei sintomi specifici associati alla patologia emorroidaria.

Impiego domiciliare di una supplementazione adiuvante a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina nel trattamento della flogosi emorroidaria reattiva a ragade anale

ROBERTO PERINOTTI, MAURO POZZO, CARLO SOMAGLINO

UCP Biella

INTRODUZIONE

Gli autori presentano un caso clinico di flogosi emorroidaria secondaria a ragade anale trattata con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina.

Il paziente è stato unicamente trattato con protocollo domiciliare, con controlli ambulatoriali programmati ad 1,3,9,16 settimane. I risultati clinici ottenuti sono stati documentati mediante la valutazione di parametri clinici standard.

Tale valutazione ha documentato, in questo caso, l'efficacia della terapia.

CASO CLINICO

Un paziente maschio di 37 anni è giunto alla nostra osservazione in ambulatorio di proctologia, per proctalgia evacuativa caratteristica (dolore in 3 tempi) con proctorragia (2 episodi di sanguinamento abbondante dopo la defecazione) e prurito perianale.

Il paziente è stato sottoposto ad ano-proctoscopia con strumento rigido da 13 cm, con reperto di ragade anale acuta in sede posteriore e congestione reattiva del plesso emorroidario interno, senza evidenza di prolasso muco-emorroidario esterno.

All'anamnesi patologica remota il paziente riferiva di aver avuto in precedenza episodi isolati di sanguinamento, regrediti con controllo dietetico ed uso di pomate emollienti, non meglio precisate. Non si rilevava altro di significativo.

All'anamnesi (T0) veniva riferito: sanguinamento 3 / dolore alla defecazione 3

T0 – (esame obiettivo) grado emorroidi: 3 / tumefazione: edema 40% /
sanguinamento 3 / dolore basale 3 / dolore alla defecazione 21 /
tumefazione riferita R / tono sfinterico +2 (ipertono) / prolasso mucoso assente

Il trattamento previsto si è basato sulla somministrazione di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina secondo lo schema di trattamento proposto-3 bustine die per 4 giorni, 2 bustine die per 3 giorni e 1 bustina die fino alla 9ª settimana associando l'uso di dilatatori (applicazione di dilatatore diametro 18 mm per 1 volta al giorno per 10 giorni ed applicazione di dilatatore diametro 20 mm per altri 10 giorni).

Il follow-up eseguito secondo lo schema previsto ha evidenziato i seguenti parametri:

T1 – grado emorroidi 3 / sanguinamento 0 / dolore alla defecazione 21 /
Tumefazione: edema 20% / tumefazione riferita: ridotta / tono sfinterico +2
(ipertono) / Prolasso mucoso assente

T2 – grado emorroidi 2 / sanguinamento 0 / dolore alla defecazione 9 /
Tumefazione: assente / tumefazione riferita: scomparsa / tono sfinterico +1
Prolasso mucoso assente

T3 – grado emorroidi 2 / sanguinamento 0 / dolore alla defecazione 3 /
Tumefazione: assente / tumefazione riferita: scomparsa / tono sfinterico +1
Prolasso mucoso assente

T4 – grado emorroidi 1 / sanguinamento 0 / dolore alla defecazione 0 /
Tumefazione: assente / tumefazione riferita: scomparsa / tono sfinterico +1
Prolasso mucoso assente

I controlli effettuati al tempo stabilito hanno evidenziato un netto miglioramento del grado di flogosi emorroidaria reattiva, passando dal 3° grado a T1 al 1° grado a T4.

Allo schema con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina è stato associato solo un ciclo di terapia con dilatatori per la ragade anale, secondo lo schema in uso presso il ns. ambulatorio.

La scomparsa del sanguinamento legato in particolare alla congestione del plesso emorroidario interno, si è verificata in 5° giornata dall'inizio della terapia.

CONCLUSIONI

In relazione al caso specifico esaminato (congestione emorroidaria reattiva ad altra patologia anale) l'uso del multicomposto oggetto dello studio sembra essere stato sufficiente a garantire una efficace riduzione-scomparsa dei sintomi specifici (sanguinamento ed edema), senza dover associare altri presidi farmacologici per os o locali.

Corrispondenza:
robertoperinotti@hotmail.com

Caso clinico

Commento: il trattamento conservativo con diosmina, troxerudina esperidina ed L-carnitina, pur senza risolvere il problema del prolasso avanzato, si è rivelato un'arma vincente nel trattamento dei sintomi soggettivi della malattia emorroidaria in un paziente con elevato rischio operatorio.

Trattamento conservativo delle emorroidi sintomatiche mediante l'utilizzo di flebotropi in un paziente ad elevato rischio chirurgico

GIANFRANCO BOCCOLI, DANILO COCO, SILVANA LEANZA, LEONARDO CHIODI

Department ofSurgery, I.N.R.C.A. (Italian National Institute for Research and Care of Aging), Ancona

INTRODUZIONE

La malattia emorroidaria è un problema comune e si stima, secondo ilNational Center for Health Statistics che negli USA circa 10 milioni di persone soffrano di malattia emorroidaria.[1]

Benché sia difficile stimarne l'esatta prevalenza, pare che circa il 5% della popolazione generale ne soffra con valori che arrivano a quasi il 50% al di sopra dei 50 anni.[2]Gli studi eseguiti dimostrano che i sintomi sono più frequenti nella razza caucasica, ugualmente ripartiti tra uomini e donne, e nelle persone con elevato status socio-economico, legato presumibilmente ad un basso contenuto di fibra nella dieta. Le emorroidi sono costituite da cuscinetti sottomucosi di tessuto riccamente vascolarizzato e sono considerati facenti parte della normale anatomia del canale anale ove sono rappresentati generalmente da 3 gavoccioli rispettivamente in posizione laterale sinistra, antero-laterale destra e postero-laterale destra. Ogni gavocciolo è circondato da anastomosi artero-venose tra i rami terminali dell'arteria emorroidaria superiore e media con rami provenienti dall'emorroidaria inferiore.[2,3] Le emorroidi contribuiscono al mantenimento della continenza, prevenendo l'incontinenza anale da sforzo; hanno inoltre un ruolo nella sensibilità anale differenziando tra contenuto solido, liquido o gas, essendo quindi coinvolte nella decisione della meccanica defecatoria. Molti fattori sono coinvolti nello sviluppo di questa patologia, compresi gli sforzi prolungati, l'esercizio fisico, una dieta a basso contenuto di fibre, la gravidanza, l'irregolarità dell'alvo sia in senso stitico che diarroico oltre a una componente genetica e all'età. Le emorroidi, sia esterne che interne, vengono classificate in base alla loro posizione in relazione alla linea dentata: le emorroidi esterne, rivestite da epitelio squamoso, si localizzano distalmente alla linea pettinea mentre la componente interna, rivestita da mucosa, è prossimale.

CASO CLINICO

Nel dicembre 2011 si è presentato a visita proctologica un paziente di 87 anni affetto da ipertensione, diabete tipo 2, cardiopatia ischemica, psoriasi, emiplegia destra secondaria ad un precedente ictus e due episodi pregressi di polmonite. Alla raccolta anamnestica veniva riferito alvo regolare associato a rettorragia accompagnata da dolore. L'esame obiettivo dimostrava la presenza di un prolasso emoroidario di IV grado. Dato l'elevato rischio connesso ad un eventuale trattamento chirurgico, si decise per una terapia conservativa con incremento dell'introito idrico e della quantità di fibra nella dieta, somministrando FANS e un preparato a base di diosmina, troxerudina esperi dina in frazione micronizzata ed L-carnitina secondo la seguente posologia: 12 gr al giorno per i primi 3 giorni scalando a 8 gr/die per una settimana e successivamente dimezzando la dose a 4 gr/die per i successivi 3 mesi.

A 10 giorni dall'inizio del trattamento è stato rivalutato ambulatorialmente con riscontro di un'importante riduzione della rettorragia senza tuttavia ottenere miglioramenti apprezzabili del grado di prolasso. Dopo il primo mese di trattamento le emorroidi apparivano ridotte ad un III grado, in assenza di dolore e rettorragia alla defecazione. La colonscopia ha permesso di escludere la presenza di altre fonti di sanguinamento a carico dei segmenti colici confermando la sola presenza del prolasso emorroidario. Ai controlli a 3 e 5 mesi si è potuta apprezzare una stabilizzazione dei sintomi correlati alle emorroidi.

DISCUSSIONE

Le emorroidi interne tipicamente si presentano con rettorragia in assenza di dolore, prolasso, perdite mucose e senso di evacuazione incompleta. I sintomi correlati alle emorroidi esterne includono invece discomfort con senso di pesantezza anale, dolore quando è presente trombosi e prurito legato alla difficoltà ad ottenere una adeguata igiene perianale per la concomitante presenza di marische.[1,2,3] Secondo lo schema classificativo introdotto da Parks, le emorroidi di classificano in 4 gradi. Le emorroidi di I grado necessitano di una valutazione mediante anoscopia dato che il loro prolasso è limitato all'interno del canale anale. Nel II grado le emorroidi tendono a prolassare all'esterno del canale anale durante la defecazione, rientrando poi spontaneamente. Il III grado richiede la riduzione manuale mentre le emorroidi di IV grado risultano non riducibili. [1,2] Il trattamento delle emorroidi sintomatiche spazia dalla terapia conservativa, basata su modifiche dello stile di vita e del regime dietetico oltre all'uso di terapie farmacologiche, passando per trattamenti ambulatoriali sino all'emorroidectomia. Nel caso di terapie mediche queste usualmente consistono in un aumento della quantità di fibre nella dieta fino a circa 20-35 gr/die associando un eventuale supplemento basato sull'introito di fibra solubile quale lo psillio, una buona ingestione giornaliera di acqua, semicupi caldi e il ricorso ai FANS piuttosto che ai farmaci oppioidi come terapia antidolorifica così da evitare gli effetti astringenti di questi ultimi.

Cambiamenti dei ritmi defecatori solitamente esacerbano i sintomi propri delle emorroidi. Poiché gli studi in lettera-

tura che supportano l'utilizzo di sostanze per il trattamento della malattia emorroidaria e dei suoi sintomi sono scarsi, abbiamo deciso, anche in virtù dell'importante comorbilità del paziente, di optare per un trattamento con diosmina,troxerudina ed esperidina in frazione micronizzata associate a L-carnitina così da migliorare il tono venoso, il drenaggio linfatico ed il microcircolo. L'uso di prodotti ad applicazione topica, pur donando un sollievo temporaneo dai sintomi, di fatto non cura la patologia sottostante e solitamente ai pazienti ne viene raccomandato un uso limitato nel tempo onde evitare reazioni di sensibilizzazione locale. Le legature elastiche quale trattamento ambulatoriale eseguito senza necessità di ricorrere all'anestesia viene solitamente proposto per emorroidi di I-II e in alcuni casi di III grado, con percentuali di successo variabili dal 50 al 100%. Nonostante ciò diversi studi hanno suggerito una tendenza alla recidiva dei sintomi nel 68% dei casi trattati a distanza di 4-5 anni.[1,2,4]

La scleroterapia, comunemente utilizzata per le emorroidi di I e II grado, si basa sull'iniezione sottomucosa alla base del gavocciolo di circa 5 ml di agente sclerosante. Anche in questo caso tuttavia sono statiriportati tassi di insuccesso fino al 30% a 4 anni.[1,2,5]

Storicamente molte procedure sono state descritte per il trattamento definitivo delle emorroidi e ciononostante la chirurgia resta riservata alle emorroidi di III-IV grado. La necessità di ricorso alla chirurgia è limitata al 5-10% dei pazienti e tra le tecniche proposte negli anni, la più diffusa rimane l'emorroidectomia secondo Milligan-Morgan (M-M).[2,4,6] Nel 1998 è stataproposta una tecnica di emorroidopessia basata sull'utilizzo di un suturatrice circolare (PPH). Tale tecnica, proposta come alternativa al classico intervento di M-M, rimane per alcuni aspetti controversa per il riscontro di casi con serie complicanze. Al di là di tale aspetto diversi studi oltre a una meta-analisi della Cochrane, hanno dimostrato una maggiore tendenza alla recidiva dei sintomi rispetto alla M-M tradizionale.[4,5,7] L'introduzione di un anoscopio dedicato combinato con una sonda Doppler hanno permesso il diffondersi di una tecnica relativamente recente che, grazie al segnale acustico consente di eseguire una legatura doppler-guidata dei rami terminali dell'arteria emorroidaria superiore. Benché il dolore postoperatorio sia inferiore se confrontato con altre procedure, uno studio su 170 pazienti con emorroidi di II, III e IV grado ha dimostrato un sanguinamento nel 1,2% dei casi trattati e una trombosi nel 2,3% mentre la recidiva ad un anno raggiungeva il 4,1%.[5-7]

CONCLUSIONI

I sintomi correlati alle emorroidi sono estremamente comuni e una buona conoscenzadell'anatomia e della fisiopatologia anorettale ne facilitano la gestione. Basandosi su di una sicura diagnosi il proctologo è in grado di proporre il trattamento più corretto per ogni paziente, considerando che la terapia conservativa da sola nella maggior parte dei casi risulta adeguata e riservando i trattamenti chirurgici solo al 10% dei casi.[8]

BIBLIOGRAFIA

1. Sardinha TC, Corman ML. Hemorrhoids. Surg Clin N Am 2002; 82: 1153-1167.
2. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and Management of Symptomatic Hemorrhoids. Surg Clin N Am 2010; 90 17-32.
3. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management. World J Gastroenterol 2012; 18: 2009-2017.
4. Cosenza UM, Masoni L, Conte S et al. Stapled Hemorrhoidopexy as a Day-Surgery Procedure. The American Surgeon 2011; 77, 5; ProQuest Medical Library pg. 552.
5. Diurni M, Di Giuseppe M. Hemorrhoidectomy in day surgery. International Journal of Surgery 2008; 6: S53-S55.
6. Sanchez C, Chinn BT. Hemorrhoids. Clin Colon Rectal Surg 2011; 24:5-13.
7. Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, Chalasani S, Buie WD, Rafferty JL. Practice parameters for the management of hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2011; 54:1059-64.
8. Senéjoux A. Traitement médical de la pathologie hémorroïdaire. Presse Med. 2011; 40:927-30.

Indirizzo per corrispondenza:

DANILO COCO
Via della Montagnola, 52 - 60127 Ancona (AN)
email: webcostruction@msn.com.

Caso clinico

Commento: uso dell'associazione di Diosmina, Troxerutina ed Esperidina, con L-Carnitina sembra favorire ed accelerare l'evoluzione in senso favorevole della sintomatologia dolorosa legata alle forme di trombosi emorroidaria.

Trattamento delle trombosi emorroidarie esterne insorte a seguito di procedure chirurgiche. Efficacia dell'utilizzo di multicomponente a base di: diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata e di L-carnitina

ANTONIO D'ELIA, FEDERICA MILANI, ANDREA FONTANA

UCP di Legnano, U.O. di Chirurgia Generale - A.O. Ospedale Civile di Legnano

INTRODUZIONE

La trombosi emorroidaria esterna può costituire la complicanza di procedure chirurgiche o parachirurgiche per patologie ano-rettali. Questa, pur potendo andare incontro ad una regressione spontanea, costituisce in fase acuta una condizione invalidante a causa della sintomatologia dolorosa, della tumefazione anale e del sanguinamento. Per tale motivo un trattamento farmacologico può essere determinante nell'accelerare la regressione del quadro clinico e nel controllo della sintomatologia. Viene a seguito presentata l'esperienza di due casi clinici in cui l'uso di una miscela micronizzata di diosmina, troxerutina ed esperidina, associata a L-carnitina si è dimostrato efficace nel trattamento di trombosi emorroidarie esterne, insorte rispettivamente dopo intervento chirurgico di dearterializzazione emorroidaria e pessia e a seguito di trattamento di legature emorroidarie elastiche.

CASO CLINICO 1

Paziente donna di 41 anni, sottoposta due giorni prima della nostra osservazione ad intervento chirurgico di dearterializzazione emorroidaria doppler-guidata e pessia. Si presentava lamentando comparsa di tumefazione dolente perianale, progressivamente aumentata di volume. Aveva assunto, senza beneficio FANS. All'esame obiettivo si sono evidenziati cuscinetti emorroidari esterni trombizzati, posti rispettivamente ad ore 10 e 2 in posizione di Sims (decubito laterale sinistro), associati a marcato edema circostante. Era apprezzabile ipertono sfinteriale e dolorabilità locale alla palpazione, in assenza di dolorabilità all'esplorazione del canale anale, dove non si apprezzavano tumefazioni endoanali. L'anoscopia non era eseguibile a causa della dolore.

Il reperto ispettivo veniva registrato mediante acquisizione di immagine fotografica digitale, archiviata nella scheda della paziente del database in uso presso l'ambulatorio.

La misurazione del dolore (spontaneo, alla defecazione ed all'esplorazione) veniva registrata con scala VAS.

La paziente è stata quindi sottoposta a trattamento con diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata e di L-carnitina con 1 bustina 3 volte al dì per 4 giorni, poi 1 bustina 2 volte al dì per 3 giorni e quindi 1 busta al dì per 9 settimane.

Sono stati quindi programmati controlli a 1-3-10 settimane e a 4 mesi (risultati riportati nella tabella 1)

Già al primo controllo si è potuta evidenziare una regressione dell'edema perianale ed una parziale riduzione di volume dei cuscinetti emorroidari esterni trombizzati. Per quanto concerne il dolore, già riferito in fase di regressione dopo i primi 3 giorni, al controllo clinico risultava ridotto alla palpazione locale mentre permaneva assente all'esplorazione rettale ed alla defecazione, inoltre veniva riferita assenza di dolore spontaneo.

Al controllo a 3 settimane risultava completamente regredito il dolore alla defecazione ed all'esplorazione, mentre risultavano ancora presenti i trombi in fase di riassorbimento.

Dopo ulteriori 9 settimane la paziente presentava esclusivamente un piccolo trombo fibroso residuo, in corrispondenza del cuscinetto emorroidario posto ad ore 2 in posizione di Sims, completamente asintomatico.

All'ultimo controllo clinico effettuato a 4 mesi la paziente presentava una piccola marisca ad ore 2 in posizione di Sims, assenza di sintomatologia ed all'anoscopia non si evidenziava congestione dei gavoccioli emorroidari, non prolassanti al ponzamento, con buon esito della procedura di dearterializzazione e pessia.

TABELLA 1 – Evoluzione dei sintomi durante il trattamento caso clinico 1

	T0	T1	T2	T3	T4
Dolore spontaneo (*)	7	0	0	0	0
Dolore alla palpazione (*)	9	3	0	0	0
Dolore all'esplorazione (*)	0	0	0	0	0
Dolore alla defecazione (*)	9	3	0	0	0
Edema	+++	+	–	–	–
Trombosi	+++	++	+	+	–

*VAS (0..10)

CASO CLINICO 2

Paziente donna di 32 anni, giunta all'osservazione a seguito di ricorrenti proctorragie postevacuative e procidenza di gavoccioli emorroidari, riducibili spontaneamente con occasionale sensazione di "ano umido". A seguito del riscontro clinico di emorroidi di II grado disepitelizzate e sanguinanti era stata posta indicazione a trattamento di legature elastiche. Nel corso del trattamento (effettuato con la

legatura elastica di un gavocciolo emorroidario per seduta) ed in particolare alla seconda seduta, in cui era stata effettuata legatura elastica del gavocciolo emorroidario posto a ore 7 in posizione di Sims, a distanza di circa 6 ore dalla procedura, la paziente aveva iniziato a manifestare dolore e comparsa di tumefazione perianale.

Rivalutata il giorno seguente presentava trombosi di cuscinetto emorroidario esterno con marcato edema circostante ed intenso dolore locale sia spontaneo che all'esplorazione che alla defecazione. Per tale motivo quest'ultima risultava frazionata.

Anche in questo caso il reperto ispettivo è stato registrato con immagine fotografica digitale, archiviata nella scheda della paziente ed è stata rilevata misurazione del dolore (spontaneo, alla defecazione ed all'esplorazione) con scala VAS.

La paziente è stata quindi sottoposta a trattamento con diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata e di L-carnitina con 1 bustina 3 volte al dì per 4 giorni, poi 1 bustina 2 volte al dì per 3 giorni e quindi 1 busta al dì per 9 settimane.

Controlli clinici sono stati effettuati a 1-3-10 settimane e a 4 mesi come riportato nella tabella 2

Dopo 1 settimana di terapia, il dolore spontaneo era quasi completamente regredito, mentre persisteva, anche se ridotto il dolore all'evacuazione ed all'esplorazione.

Dopo ulteriori 9 settimane, in assenza di sintomatologia dolorosa, la trombosi emorroidaria risultata completamente regredita, tanto da poter permettere il completamento del trattamento di legature emorroidarie elastiche con un ultima legatura sul gavocciolo posto ad ore 2 in posizione di Sims.

Al controllo conclusivo a 4 mesi, la paziente non presentava alcun esito della trombosi emorroidaria esterna ed all'anoscopia presentava ottimale esito del trattamento di legature emorroidarie elastiche con decongestione dei gavocciolo emorroidari, che non accennavano a prolassare durante il ponzamento.

TABELLA 2 – Evoluzione dei sintomi durante il trattamento caso clinico 2.

	T0	T1	T2	T3	T4
Dolore spontaneo (*)	8	2	0	0	0
Dolore all'esplorazione (*)	8	4	0	0	0
Dolore alla defecazione (*)	9	4	0	0	0
Edema	+++	+	–	–	–
Trombosi	+++	++	–	–	–

*VAS (0..10)

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dai due casi presentati si è evidenziato come l'utilizzo di diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata associata a L-carnitina, risulti utile nel trattamento di episodi di trombosi emorroidaria esterna, insorti a seguito di procedure chirurgiche o parachirurgiche, effettuate per emorroidi di II-III grado. In particolare tale terapia si è dimostrata efficace nella rapida regressione del dolore e nell'accelerare la risoluzione della trombosi emorroidaria esterna.

Corrispondenza:
antoniodelia@libero.it

Caso clinico

Commento: la recidiva dopo intervento di anopessi o emorroidectomia è un'esperienza frustrante per il paziente ma anche per il chirurgo. Risolvere la sintomatologia persistente o ricomparsa senza effettuare un reintervento può compensare l'insuccesso. Tuttavia per la certezza sulla bontà del metodo sono necessari controlli a distanza di qualche anno per ovviare alla ciclicità della sintomatologia.

Emorroidi recidive dopo intervento chirurgico trattate con diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata e con L-carnitina

ELISABETTA CASTELLARO

Ospedale Castelli, Verbania

INTRODUZIONE

La patologia emorroidaria nei paesi occidentali colpisce dal 4 al 36% della popolazione ed è causa di dolore, sanguinamento, incontinenza, stipsi.[1] Se da una parte non abbiamo ancora raggiunto una unanimità sulla miglior tecnica operatoria,[2-3-4] dall'altra abbiamo certamente migliorato l'efficacia della terapia medica.

CASI CLINICI

Nel periodo compreso tra Gennaio e Ottobre 2011 abbiamo trattato 18 pazienti affetti da patologia emorroidaria recidiva dopo intervento chirurgico, 10 maschi e 8 femmine, di età media 51 anni (fra 28 e 72 anni), erano stati sottoposti ad intervento. Quattro erano stati sottoposti ad intervento di Milligan-Morgan, 3 a THD e 11 ad intervento di prolassectomia sec Longo. L'intervallo libero da sintomatologia variava da 1 a 18 anni. Tutti i pazienti presentavano sanguinamento sporadico o abituale dopo evacuazione, in 5 casi era presente prurito, in 14 dolore e in 1 caso tenesmo; 15 lamentavano stipsi.

VALUTAZIONE CLINICA E TERAPIA

A tutti i pazienti venivano prescritti esami ematochimici di controllo, comprendenti emocromo, test della coagulazione, prove di funzionalità epatica, markers tumorali (CEA, alfa feto proteina, Ca 19-9) risultati nella norma, e una colonscopia qualora non fosse già stata eseguita negli ultimi 5 anni al fine di escludere dallo studio tutti i pazienti con patologia emorroidaria di tipo secondario.

Venivano consigliati:

- bagni con acqua tiepida o calda e soluzione detergente
- una crema a base di oli vegetali e corticosteroidi per uso locale
- un multicomposto a base di diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata ed L-carnitina con dose di attacco di una bustina per 3 volte/die per 4 giorni, poi due bustine per 3 giorni.

Veniva fissato un primo controllo dopo 7-8 giorni e in 14 casi si era già verificato un sensibile miglioramento del dolore e una riduzione degli episodi di sanguinamento.

Nel controllo successivo dopo 2 mesi, in 11 casi si notava un netto miglioramento della sintomatologia dolorosa, scomparsa di prurito e nessun episodio di tenesmo, mentre la stipsi veniva controllata in 12 pazienti su 18 con l'ausilio di accorgimenti dietetici e introduzione di integratori alimentari a base di fibre o tisane lassative.

Degli altri 7 pazienti in un caso non si era verificato alcun miglioramento e pertanto veniva previsto un ulteriore intervento chirurgico; nei restanti 6 pazienti persistevano episodi di sanguinamento. Alla visita non si evidenziavano emorroidi esterne, né ipertono dello sfintere, i pazienti manifestavano una maggiore tolleranza alla proctoscopia: causa la persistenza di gavoccioli emorroidari di 2° grado e in un caso di 3°, venivano eseguite delle legature elastiche in 1 o 2 sedute e si proseguiva il trattamento con il multicomponente a base diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata e di L-carnitina alle dosi di 1 busta /die per 2 mesi. Al controllo successivo dopo 2 mesi tutti i 6 pazienti erano asintomatici.

CONCLUSIONI

Dei 18 casi di emorroidi recidive trattati, 11 hanno dunque avuto una regressione e un controllo dei sintomi già dopo 2 mesi. Dei restanti sette uno è stato rioperato non avendo mostrato alcun miglioramento mentre nei restanti sei si è ottenuto un valido risultato aggiungendo al trattamento medico la legatura elastica delle emorroidi. Per quanto la casistica sia limitata e non siano ancora disponibili i risultati a lungo termine, con un follow up di almeno 4 mesi possiamo indicare l'efficacia della combinazione diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata e di L-carnitina come risolutiva se coadiuvata da dieta, detersione, uso topico di sostanze emollienti, abitudini igieniche adeguate e in qualche caso dalla legatura elastica dei gavoccioli emorroidari residui.

BIBLIOGRAFIA

1. Lauretta A, Infantino A. Il dolore pelvico e perineale. Pelviperineologia 2011; 30: 3 -6.
2. Mehigan A, Monson B. Stapling procedure for hemorrhoids versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: randomised controlled trial. Lancet 2010; 355:782-785.
3. Sohn N. Transanal hemorrhoidal dearterialisation is an alternative to operative hemorrhoidectomy. Am J Surg 2001; 182: 515-519.
4. Di Cosmo M. Dearterializzazione emorroidaria per via transanale doppler guidata (TH): risultati preliminari di una nuova metodica per il trattamento della malattia emorroidaria. Pelviperineologia 2011; 30:13-14.

Corrispondenza:

Dott. ELISABETTA CASTELLARO
Chirurgia generale e vascolare
Ospedale Castelli, Verbania
emcs@live.it

Tradizione ed evoluzione

Pelviperineology: la storia del giornale

ENRICO BELLUCO,[1] GIUSEPPE DODI,[1] BRUCE FARNSWORTH,[2] MAURIZIO SPELLA[3]

1 Clinica Chirurgica 2, Università di Padova
2 Centre for Pelvic Reconstructive Surgery, Sydney Adventist Hospital, Sydney, Australia
3 CheironLabs - Cheiron Sistemi, Padova

INTRODUZIONE

Raccontare la storia del giornale Pelviperineology significa anche ripercorrere un trentennio di storia della medicina con il nascere ed il fiorire, dagli anni Ottanta del secolo scorso, di nuove "sottospecialità" chirurgiche come la *coloproctologia*, branca della chirurgia generale e della gastroenterologia, o di "superspecialità" come *l'uroginecologia* o la *pelviperineologia*. Tale suddivisione apparentemente è stata una logica e naturale risposta alla sempre maggior complessità dell'approccio scientifico e clinico in generale, ma nel contempo ha trovato l'opposizione sia delle autorità cliniche accademiche che dei gestori delle società scientifiche "madri" (Urologia, Ginecologia e Chirurgia generale), preoccupati per il rischio di una eccessiva frammentazione delle competenze e delle risorse. I limiti delle conoscenze individuali e le ingerenze medico-legali sempre più pressanti nella professione medico-chirurgica, tuttavia giustificano questa tendenza centrifuga, alla luce dell'aforisma che "lo specialista lo può fare meglio".

LA NASCITA E PRIMI PASSI DELLA RIVISTA ITALIANA DI COLON-PROCTOLOGIA (VOL. 1-15)

Nel 1982 fu fondata a Padova la Rivista Italiana di Colon-Proctologia, pubblicazione per due anni quadrimestrale e poi trimestrale del *Gruppo Italiano di Proctologia* (GIP). La rivista, diretta dal Prof PG Cévese, clinico chirurgo della locale Università e presidente della Società Italiana di Chirurgia, aveva come ispiratori e redattori G Dodi e F Sandei.

Nel 1985, alla ricerca di un'unità di studio e di intenti, i chirurghi del GIP e dell'AICP (*Accademia Italiana di Colon-Proctologia*) ed i gastroenterologi del GISC (*Gruppo Italiano per lo Studio del Colon e Retto*) diedero vita alla *Federazione Italiana di Colon-Proctologia* (FICP). Nel 1990 vennero pubblicati gli atti del 1° Simposio Internazionale di Perineologia: il neologismo "*perineologia*" venne coniato per l'occasione e rispecchiava una visione unitaria e integrata dell'anatomia, della fisiologia e delle patologie del pavimento pelvico che era concettualmente nuova. Era il primo seme di quello che negli anni sarebbe poi divenuto l'orientamento multidisciplinare del giornale. Nel 1994 la FICP diventava *Società Italiana di Colon-Proctologia* e la Rivista ne diveniva l'organo ufficiale.

L'ITALIAN JOURNAL OF COLOPROCTOLOGY (VOL. 16-21)

Tra il 1997 e il 2002 si tentò un ambizioso salto di qualità rendendo il giornale bilingue. Tuttavia, trattandosi di una rivista non indicizzata e basata esclusivamente su contributi nazionali, il risultato non fu quello sperato e si tornò, nel 2003, all'edizione originale. In quell'anno iniziava l'inserimento del *Pelvic Floor Digest*, una rubrica del giornale dedicata alla sintesi degli abstract maggiormente significativi tratti dagli articoli presenti in circa 200 riviste scientifiche internazionali su argomenti riguardanti il pavimento pelvico. Il sito www.pelvicfloordigest.org pubblica online quegli abstract divisi in dieci sezioni interdisciplinari: forum/aspetti generali, anatomia funzionale, diagnostica, prolassi, ritenzioni, incontinenze, dolore, fistole, comportamento/psicologia/sessuologia, miscellanea.

Oggi l'intero progetto del Digest è stato rivisto per permettere ai redattori di pubblicare online e commentare più rapidamente gli abstract più interessanti e per consentire ai lettori di catalogare più finemente gli abstract stessi con un meccanismo "sociale" di attribuzione di etichette (tagging). I lettori iscritti al sito potranno anche commentare gli abstract pubblicati e stabilire relazioni fra di essi e altri contenuti presenti in Rete. Il nuovo sito è in fase di test (beta test) e probabilmente sarà aperto al pubblico nel corso del prossimo anno.

PELVIPERINEOLOGIA (VOL. 23-25)

Il *Pelvic Floor Digest* anticipò di un anno quello che sarebbe stato un ulteriore cambiamento della testata. A 14 anni dal simposio sulla perineologia, nel 2004 alla Rivista veniva dato il titolo "Pelvi-Perineologia". Essa diventò l'organo della *Società Interdisciplinare del Pavimento Pelvico*. La SIPP, fondata da W Artibani urologo, F Benvenuti geriatra, G Dodi chirurgo colorettale, P Di Benedetto fisiatra e R Milani ginecologo, proponeva come indice di severità delle disfunzioni pelvi perineali considerate in un approccio unitario il sistema IPGH (Incontinenze, Pavimento pelvico, fattori Generali, Handicap).

PELVIPERINEOLOGY (VOL. 26-31…)

Nel 2006 B Farnsworth, con il supporto dell'*Australasian Association of Vaginal & Incontinence Surgeons* fondata nel 1996 da PP Petros, proponeva di portare la rivista ad un pubblico internazionale con il titolo che è quello attuale. In quell'anno veniva edita da Springer la rivista francese *Pelvi-périnéologie* con una analogia di titolo ed una tempistica molto significative.

Pelviperineology, a partire dal 2007, divenne dunque il giornale dell'AAVIS (che in occasione del congresso annuale di Vienna, nel Settembre 2010 è stata poi rinominata *International Society for Pelviperineology* www.pelviperineology.com). Altre società scientifiche con interesse nelle patologie del pavimento pelvico hanno poi aderito all'iniziativa: *International Pelvic Floor Dysfunction Society, Pelvic Reconstructive Surgery and Incontinence Association (Turkey), Perhimpunan Disfungsi Dasar Panggul Wanita Indonesia, Romanian Uro-Gyn Society*.

In Italia si è voluto continuare a pubblicare, come inserto nell'edizione in lingua inglese, una edizione locale (Pelviperineologia). L'inserto per l'Italia ha un proprio comitato di collaborazione nazionale ed è organo ufficiale della *Società Italiana di Pelvi-perineologia e di Urologia Femminile e Funzionale* (SIPUF), nonché dell'*Integrated*

Pelvis Group (IPG) che ha prevalentemente una funzione gestionale.

Si auspica che le società scientifiche di altri Paesi imitino l'iniziativa italiana ed abbiano una loro edizione nazionale (ciò è stato realizzato da B. Farnsworth in Australia), in piena autonomia economica e scientifica, ma con la possibilità di scambio di esperienze e contenuti. La cooperazione pubblicitaria tra edizione internazionale ed edizioni locali potrebbe rendere ancora più appetibili per gli inserzionisti le pagine del giornale e rendere più semplice e produttivo raccogliere i fondi necessari alla vita delle riviste.

I due giornali *Pelviperineology* e *Pelviperineologia* sono editi in versione cartacea (dalle 1.500 alle 4.000 copie per fascicolo a seconda delle richieste da parte di compagnie sponsor per esigenze promozionali e di eventuali atti congressuali) e sono disponibili online liberamente (open access) (www.pelviperineology.org e www.pelviperineologia.it).

I due siti hanno avuto nel 2010 oltre 100.000 visite. Le stime basate sui dati attuali sembrano mostrare che a fine 2011 ci sarà un incremento di oltre il 10% nel numero di visite e pagine visualizzate.

La versione cartacea viene composta presso la Tipografia Veneta di Padova, quella online è a cura della Cheiron Sistemi Srl. La gestione informatica del sistema è tecnicamente a carico di M Spella. La proprietà del giornale dal 1990 è di G Dodi. Il supporto finanziario per entrambe le edizioni proviene dalle inserzioni pubblicitarie. Per contenere i costi della versione cartacea e migliorare le modalità di diffusione nel web, via ormai considerata prioritaria, dal 2011 si richiede a chi desideri ricevere con certezza i 4 fascicoli annuali del giornale di versare all'IPG (subscriptions@pelviperineology.org) una piccola quota annuale: € 25,00 in Italia e € 30.00 all'estero.

Proprio per affrontare la sfida di un giornale "open access" ma senza costi per gli autori la Cheiron Sistemi ha messo a punto il progetto di un software interamente online chiamato Isubmit capace di ridurre i costi ed i tempi di revisione, stampa e pubblicazione online del Giornale.

Il sistema consentirà agli Autori di sottoporre i propri articoli alle riviste e di rimanere costantemente informati durante il processo di revisione degli stessi. Il software cerca di rendere agevole il processo di invio degli articoli, ne certifica il momento di accettazione usando una marca temporale valida giuridicamente in Italia, tiene i contatti con i revisori e cerca di semplificare il processo di revisione stesso. Con questo software pensiamo di ridurre enormemente i tempi di risposta all'invio di un articolo. Se un articolo viene accettato il software invia automaticamente il testo ed i materiali a corredo (foto, tabelle ecc.) alla tipografia per la versione cartacea e crea la versione preliminare da pubblicare online. Il sistema sarà anche in grado di creare e presentare automaticamente i numeri pubblicati della Rivista a PubMed Central nel formato richiesto (xml) per consentirne la valutazione per l'inserimento e l'eventuale indicizzazione. Entro la fine di quest'anno sarà possibile per gli Autori proporre i propri articoli al Giornale anche usando questa via.

L'Editorial Board di Pelviperineology è composto da due Editors in Chief, G Dodi e B Farnsworth, da un Associate Joint Managing Editor, F Wagenlehner, da due Co-Editors, N Lemos e A Sivaslioglu, e da 26 membri di 16 diverse nazionalità.

Pelviperineology, pubblica articoli originali peer-reviewed su argomenti scientifici, clinici e sperimentali riguardanti la fisiologia e la patologia del pavimento pelvico nei settori dell'Urologia, della Ginecologia, della Chirurgia colo rettale in una prospettiva multidisciplinare.

Pelviperineology aderisce incondizionatamente ai principi etici della World Association of Medical Editors (WAME).

CONCLUSIONE

Molti anni fa è stata raccolta una sfida, quella di riuscire a dar voce entro i confini nazionali d'Italia a chi si occupava di un settore in evoluzione della medicina, diffondendo informazioni utili ed educando ad una visione nuova della materia. L'impegno a non mancare a nessuno degli appuntamenti trimestrali e ad avere dei contenuti validi è stato sempre rispettato, talvolta con fatica ma sempre con soddisfazione. Ora la sfida è aperta con un mandato ancora più complesso in quanto il giornale ha assunto un respiro internazionale. Gli argomenti che si toccano suscitano un grande interesse sotto il profilo medico, scientifico, umano, morale e, ultimo ma non meno importante, anche commerciale.

La vita di Pelviperineology oggi è legata agli autori di questo articolo e in particolare a Bruce Farnsworth che alcuni anni fa ne ha promosso la internazionalizzazione, a M Spella il cui impegno a livello informatico cercherà di traghettare il giornale verso la sua indicizzazione ed una ancora maggiore diffusione. Non si può non considerare l'importanza fondamentale che l'incoraggiamento e le idee di Peter Papa Petros hanno avuto e stanno avendo nell'intraprendere la strada di un futuro migliore e prestigioso.

Corrispondenza:

giuseppe.dodi@unipd.it
belhenry@libero.it

Testimonianze

"Mi sentivo completamente sola"

I vissuti di una donna con incontinenza fecale post parto

STELLA DE CHINO

Fisioterapista e formatrice. Schio (Vicenza)

Uno degli autori che amo di più nell'ambito della psicologia dell'età evolutiva è Stern[1]. Nel suo libro "Diario di un bambino" descrive il mondo dei sensi e delle percezioni del neonato visto con gli occhi, le mani e lo stomaco del piccolo.

È illuminante e commovente al contempo vedere uno specialista di alto livello cimentarsi in questo genere di scritti e fa venire voglia di provare a farlo anche in campo medico. Qualcuno lo ha già fatto in effetti in Italia ed è stato Enrico Baraldi[2] che ha scritto un meraviglioso romanzo di stampo fenomenologico "Psicofarmaci agli psichiatri", che consiglio di leggere a chi ama la medicina narrativa.

Mi piacerebbe parlarvi di Marta usando la prima persona cercando di mettermi dal suo punto di vista. Ma lascio a lei la parola e uno spazio narrativo per poter esprimere la sofferenza di una giovane donna alle prese con una medicina poco attenta. Sono grata a questo giornale che non teme i giudizi. Pelviperineologia "osa" pubblicare gli scritti di chi finalmente può dare voce al suo pavimento pelvico.

Marta, 30 anni, entra nel mio studio decisamente sulla difensiva. Premette cha ha già speso molti soldi in riabilitazione con scarsi risultati. Soffre di incontinenza fecale post parto e ha un bimbo di sei mesi.

In un soffio mi racconta la sua odissea… l'accorgersi del problema, lo smarrimento, la ricerca su internet di casi simili.

Mi dice "Ma lo sa che per questo problema le neomamme si suicidano?"

Non so se sia vero e non so che siti abbia visitato. Ma mi colpisce. Mi colpisce il fatto che i media parlino di moltissimi argomenti inerenti la gravidanza e il parto ma questo tema forse è troppo scabroso. E il *silenzio*, quel maledetto silenzio che caratterizza l'imbarazzo rispetto ad una patologia che è molto scomoda e la carica di ulteriore gravità per chi la vive.

Quando Marta poi si avvicina ai sanitari trova altri *vuoti di parole*: la prescrizione di due visite dove nessuno le dedica del tempo per spiegare, l'elettrostimolazione fatta senza un primo lavoro di presa di coscienza, la mancanza di una figura alleata di riferimento: tutto ciò fa sentire questa donna completamente sola.

Autoemarginazione e isolamento sono inevitabili.

Lascio spazio a Marta.

Francesco aveva circa un mese e mezzo quando ho scoperto che esiste un perineo in ognuno di noi...

Al momento del bibe del mattino, appena dopo la partenza al lavoro del papà, quando i nonni che ci vivono accanto sono solitamente ancora a letto, sola, piena di sonno, sul lettone, col piccolo in braccio, mi accadeva puntualmente che mi sporcassi completamente. In quel momento mi sentivo completamente sola*, e il mio pensiero era mettere al sicuro Francesco e correre a lavare me, il pigiama e tutto il bagno che, in quel momento mi sembrava tutto sporco. La prima volta ho pensato non fosse tanto grave, ma dopo, quando la cosa si ripeteva metodicamente, mi sono molto preoccupata al punto di andare dal dottore di famiglia, il quale senza prescrivermi analisi o altro, ha risolto dicendomi che è solo questione di tempo...beh, diciamo che la pazienza è una qualità che non mi appartiene, perciò sono andata dal ginecologo...(non pensavo esistessero altri tipi di specialisti delle parti più intime…vedi l'ignoranza?!) che mi ha mandato dal proctologo (parola mai sentita ma poi ho capito bene di cosa si occupa)... beh, naturalmente, inutile dirlo che queste visite si fanno solo in privato... bene, alla clinica mi ha colpito il fatto che ero la paziente più giovane in fila... lo specialista in 5 minuti mi dice che è un problema frequente nelle puerpere e che vorrebbe vedere una ecografia e una manometria ... facciamo anche quella... la settimana successiva, sempre a pagamento, porto gli esiti a controllare allo specialista, il quale mi rassicura e consiglia di andare a fare della ginnastica da un altro specialista.*

In quei giorni, oltre la disperazione e la solitudine per questo problema che mi ossessionava, montava in me anche la frustrazione e la convinzione di essere usata da questi medici per il loro guadagno personale, e la mia convinzione è diventata ancora più forte quando il secondo medico, nonostante si fosse consultato con il primo, mi vuole visitare, a pagamento s'intende, e mi consiglia un ciclo di elettrostimolazione. Mi sentivo frustrata e confusa... non sapevo cosa dovevo fare... seguire i consigli di "specialisti" oppure andare da una ostetrica, oppure da una fisioterapista (in passato per altri problemi il fisioterapista mi era stato molto di aiuto)... Mentre il bimbo piccolo impegnava la mia giornata al 100 per cento, anemica, stanca, insicura, distrutta dal dopo parto, e con questo spiacevole disturbo non riuscivo ad uscire di casa, neanche per fare la spesa per la paura di stare in mezzo alla gente, mi sono isolata a casa e ogni volta che ricevevo visite ero terrorizzata che accadesse qualcosa...

....Ho iniziato con l'elettrostimolazione con uno stato d'animo di disperazione, incertezza (proprio io che sono sempre stata sicura e forte) e speranza... lasciando il piccolo alla nonna per tre pomeriggi la settimana… lo so, che le sedute durano 20 minuti (e costano 50 euro) ma mi occorreva 1 ora e mezza di strada per raggiungere la clinica. Dopo il primo ciclo di dodici sedute, ho deciso di sospendere questo tipo di terapia... il motivo è che il medico mi ha completamente abbandonata lasciandomi all'infermiera che mi inseriva la sonda in un minuto e tornava dopo per toglierla… e ho deciso di rivolgermi a una fisioterapista specializzata in questo genere di problemi.

Solitamente quando ho un problema, caratterialmente sono molto decisa e forte e tendo comunque a chiedere consiglio a mia mamma o a delle amiche fidate. Questo non era un problema come gli altri. Innanzitutto mi è capitato in un momento particolare e delicato della mia vita in cui ero molto indebolita sia fisicamente che psicologicamente, inoltre, non è un problema che molte persone posso-

no capire e a cui puoi dirlo a tutti e infine, nella nostra società questo è un problema sconosciuto e perciò il fatto di avere un disturbo del genere ti fa sentire veramente sola e disperata.

Marta, mamma di Francesco

Lungi dal voler fare polemiche, questo scritto non salva nessuno, dai medici all'infermiera che ha somministrato l'elettroterapia.

Ce n'è per tutti insomma, me compresa in quanto esponente di chi la riabilitazione la fa. Mi chiedo perché ci è così difficile oltrepassare il muro del formalismo per vedere "la persona" che abbiamo davanti, con la sua storia e i suoi bisogni. Un "contratto terapeutico" si stipula solo se si dialoga con i pazienti: un'ora e mezza di strada per venti minuti di elettroterapia e più di mille euro di spese senza che nessuno abbia mai insegnato a questa donna quali sono i muscoli da risvegliare, mi sembra davvero triste. Considerando poi che stiamo parlando di una puerpera, ossia di una persona con poco tempo ed energie da dedicare a se stessa.

In Oriente si parla di *presenza*: noi siamo *presenti* dinnanzi ai nostri pazienti? Li ascoltiamo davvero?

Credo che solo coltivando questa attitudine sia possibile ottenere risultati positivi, frutto di un lavoro congiunto fra specialisti e pazienti, frutto di un'alleanza terapeutica che si basa sulla vera, profonda comunicazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Daniel N. Stern. Diario di un bambino. Oscar Mondadori, 1999
2. Enrico Baraldi. Psicofarmaci agli psichiatri. Stampa Alternativa Editore, 2007

Corrispondenza:

STELLA DE CHINO
stelladechino@gmail.com

Corrispondenza

"Starr e dintorni": società scientifiche, stipsi e una paziente attenta

Riportiamo la lettera di una paziente indirizzata agli autori del Consensus Statement dell'Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri e della Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale *(*AIGO-SICCR*)* su diagnosi e terapia della stipsi cronica e defecazione ostruita *e la corrispondenza che ne è seguita tra la paziente in cerca di valide risposte e alcuni degli interlocutori chiamati in causa.*
È un resoconto interessante in cui non si entra nel merito della bontà o meno della tecnica in sé, ma evidenzia i problemi della ricerca clinica sulle tecniche chirurgiche innovative, quelli delle società scientifiche preposte a mediare tra vari interessi e, infine, quelli relativi allo scambio di informazioni tra medici e pazienti.
Il tema della cosiddetta defecazione ostruita è quanto mai attuale ed è sentito da tutta la comunità medica. La redazione di Pelviperineologia auspica che da questa testimonianza scaturisca un utile dialogo e che le società scientifiche coinvolte in questo settore facciano la massima chiarezza attraverso prese di posizione esenti da atteggiamenti diplomatici non giustificabili e diffondano appropriate linee guida. Sia i chirurghi che i pazienti, i quali frequentano tutti i siti societari e d'informazione, devono sentirsi tutelati di fronte alle indicazioni più complesse e alle situazioni più sfortunate. Il dibattito è aperto.

16 Novembre 2011. E-mail della Paziente … alla Presidenza SICCR
oggetto: Starr e dintorni

"Sono una paziente gravemente danneggiata da un intervento Transtar eseguito due anni fa e mi rivolgo alla Presidenza della SICCR. Non mi dilungo sulla mia vicenda personale ma molto brevemente vorrei sapere quale sia la posizione ufficiale della vostra società in merito a questa tecnica, in quanto il documento *Consensus statement AIGO-SICCR sulla diagnosi e terapia della stipsi cronica e defecazione ostruita* redatto qualche mese fa, fu oscurato al pubblico e lo è tuttora sul sito SICCR, poiché conteneva frasi azzardate sull'efficacia e sicurezza della Starr e non mi pare sia stato nel frattempo revisionato, dal momento che certe frasi sono rimaste e non v'è cenno alcuno sui rischi e sui disastri che l'intervento può causare. Tale documento è comunque perfettamente visibile in rete estrapolandolo dal sito AIGO. Dato che parecchi medici iscritti alla SICCR alle visite demonizzano tale tecnica, vorrei sapere se è stata stabilita una verità ed una vera evidenza scientifica sui risultati ed a quali conclusioni si è giunti al recente congresso nazionale tenutosi a Genova, nel cui programma preliminare ho letto che era stata prevista una sessione dedicata appunto alla discussione su tale *Consensus Statement*. Ritengo che sia un dovere morale da parte dei medici tutelare la salute dei pazienti. Inoltre segnalo che per esempio a tale link: http://www.medicitalia.it/consulti/Colonproctologia/249482/Novita-sulla-tecnica-longo che indirizza ad un noto portale di medicina su cui scrivono anche vostri associati, si continua a creare confusione sulla questione Starr e viene tirata in ballo anche la SICCR, quindi se poco contano i casi singoli, magari sarebbe auspicabile che si arrivasse a posizioni più chiare ed uniformi da parte di una società scientifica. Come si legge, un vostro socio, responsabile di una delle vostre UCP, propaganda l'utilizzo della Starr minimizzandone le conseguenze in quanto sostiene che i fatti parlano ed i fatti sarebbero a favore della bontà della tecnica e si fa portavoce per la Società stessa. Quindi in definitiva torno al mio quesito iniziale, ovvero, quale linea ha la SICCR in merito alla Starr? Sono a conoscenza che la spaccatura fra le due società italiane, SICCR e SIUCP, si verificò proprio su questo tema quindi mi domando, ora le cose sono cambiate? Anche la SICCR appoggia l'utilizzo di tale tecnica? Qual è la verità sulla pericolosità di tale intervento? Sono stati fatti studi multicentrici veritieri, affidabili e su vasta scala da cui si evincano percentuali di successo, rischi, benefici, sicurezza, complicazioni, ecc, che aiutino il paziente ad orientarsi? Personalmente soffro le conseguenze negative dell'intervento e come me in questi anni ne ho trovati parecchi e voi stessi della SICCR mi avete detto alle visite o per altre vie, in contatti telefonici o per email, che non sono l'unico caso sfortunato, quindi dobbiamo sentirci incidenti di percorso isolati oppure dobbiamo continuare ad assistere ad una mancanza di trasparenza e di presa di posizione netta e manifesta sull'argomento perché troppo spinoso? In attesa di un gradito riscontro saluto cordialmente.

27 novembre2011. E-mail della Paziente … al Prof. Mario Pescatori (cc L. Basso, V. Piloni, F. La Torre, A. Infantino, P. De Nardi, C. Mattana, G. Milito, G. Dodi)

Le inoltro la mia richiesta dato che i suoi colleghi a cui in data 16/11 era stata indirizzata non hanno avuto la bontà, la voglia, l'ardire o quant'altro di rispondere e più di dieci giorni di attesa mi paiono un tempo sufficiente per ritenere che una risposta non arriverà mai e questo già dice molto; magari con lei avrò maggior fortuna o con altre personalità di rilievo che ho inserito in cc. Certo io non sono nessuno ma è diventata ormai una questione di principio sia per quanto riguarda me sia per altri pazienti che possano subire o abbiano subito analogo danno e, dal momento che non piace a nessuno essere preso in giro, insisto. Tra l'altro io e lei ci conosciamo perché sono venuta anche da lei (da allora ho dovuto subire un secondo intervento per rimediare al disastro e sono in attesa del terzo) e quando venni, oltre che per email, mi espresse chiaramente il suo parere fortemente negativo nei confronti della tecnica, a meno che nel frattempo abbia cambiato opinione. Sono noti anche tutti i suoi articoli sull'argomento e in parte me ne ha girati lei stesso, oltre a reperirli su Pubmed o in rete. Quindi mi saprebbe dire come è possibile che, se come mi è stato sempre dichiarato, la SICCR è contraria a questo tipo di tecniche, sia per la cura delle emorroidi che per la defecazione ostruita, non si abbia il coraggio di correggere e pubblicare palesemente sul vostro sito il documento *Consensus statement AIGO-S.I.C.C.R. sulla diagnosi e terapia della stipsi cronica e defecazione ostruita* che ho citato nella mia email allegata e sottoriportata? Al momento si vede il file ma non si apre perché vengono richiesti username e password. Cominciamo a fare i nomi e cognomi e dire le cose come stanno: il Prof. Basso che ci legge in copia, quando mesi fa gli segnalai che tale documento era stato pubblicato nella homepage del sito e che sdoganava la Starr tacendone i rischi con frasi del tipo "*La Starr è una procedura in grado di migliorare significativamente la qualità di vita dei pazienti affetti da ODS da intussuscezione rettale o rettocele" oppure "La Starr si è dimostrata essere sicura ed efficace nel trattamento dei pazienti con ODS che hanno fallito la terapia con biofeedback!*", mi scrisse che molti erano caduti dalle nuvole e che eravate rimasti indignati lei, i colleghi

Mattana, Milito, Boffi, La Torre, il Dr. Piloni che me lo confermò, ecc...

Bene, questa indignazione che sviluppi ha avuto oltre a fare oscurare il file? Mi sbaglio o il documento è tale e quale a prima? E perché non lo si rende pubblico? Inoltre ripeto, se la SICCR non appoggia la Starr, come è pensabile che, come da link che trova sempre nella mia email sottostante, si permetta al vostro socio Dr. … di fare, a nome della società, affermazioni del tipo: "*intervengo tuttavia per precisare, in quanto responsabile di una delle unità di coloproctologia della Società di Chirurgia Colorettale, che quanto osservato dal Dr. … non corrisponde al vero: dai dati pubblicati relativi alla attività chirurgica di tutte le UCP presenti sul territorio italiano risulta evidente come la stragrande maggioranza dei soci e colleghi specialisti eseguono regolarmente questo tipo di intervento in linea peraltro con l'esperienza mondiale, così come adottano altre tecniche quando ritenute più indicate per varie ragioni. La mia casistica personale ad esempio supera i 2000 casi personalmente operati includendo anche doppie Pph, Starr e Transtar. È altrettanto vero, come con ogni tecnica chirurgica, che esiste un certo numero, modesto, di recidive o complicanze. La stragrande maggioranza dei soci e colleghi specialisti eseguono regolarmente questo tipo di intervento*". Ma da quando? Ma se ho diverse email di soci SICCR che criticano la tecnica ed uno mi ha persino consigliato di rivolgermi al St. Mark's per non impelagarmi in questa bolgia italiana di "starristi" e non! Come mai nessuno interviene su quel portale di medicina (medicitalia a cui diversi di voi sono iscritti) per smentire dato che la gente legge e si fa l'idea che la Starr dà "*un certo numero, modesto, di recidive o complicanze*" e che i soci SICCR usano la tecnica, ergo che la SICCR la appoggia!? È esattamente l'opposto di quanto ho sempre sentito alle visite o che mi avete scritto e non parlo solo per me ma conosco numerosi pazienti rovinati ed ai quali sono stati fatti gli stessi discorsi che ho sentito io.

Non è un segreto di stato che ai congressi si litiga su queste metodiche e che la SICCR è una società scientifica, mentre l'altra è la società legata alle suturatrici…. Inoltre quello che vi dite ai congressi non arriva alla gente comune che naviga in rete e non siete presenti nei vari forum o siti dedicati alla salute dove spadroneggiano solo gli "starristi" e quindi la gestione dell'informazione non è controbilanciata.

Aggiungo anche che negli ultimi giorni ho saputo che il prof. Infantino in una trasmissione Rai, come pure al congresso della SIC di Firenze, ha parlato in termini critici delle suturatrici meccaniche, per lo meno per il discorso emorroidi, ma qui, nella Replica del Presidente della SIUCP.... http://www.siucp.org/images/uploads/Comunicato_Agenzie_stampa_5.10_.pdf leggo che "*si tratta di considerazioni personali di Infantino, che nulla hanno a che vedere con la SICCR, e tantomeno con la SIC, come molti membri delle Società hanno prontamente tenuto a precisare*"…. Ma state scherzando! A che gioco giocate in questa pantomima tra SICCR e SIUCP?! Sulla pelle della gente! Si fa buon viso a cattivo gioco e si tiene una facciata davanti e la si cambia da dietro? Le giustissime considerazioni critiche di Infantino sono sue personali e non della SICCR?! E allora da che parte sta la SICCR?! Lei mi sa dire che piega ha preso la vostra società in merito a questo argomento e se avete tirato le somme sulla percentuale dei disastri causati dalla Starr e, di converso, dei successi? Come dissi al Prof. Basso, se questa Starr non è più da demonizzare e gli storpiati sono solo pochi casi sfortunati, allora ricomponete le due società e fate la pace e dite ai pazienti di farsi la Starr con tranquillità, perché sono più i casi andati a buon fine di quelli disastrosi; ma qualcuno si è preso la briga per lo meno di fare un censimento di tutti i casi?! Se invece la Starr è pericolosa, perché non si attua una levata di scudi per vietarla o per promuovere delle commissioni di inchiesta per esempio? Qual è dunque la verità sulla Starr? Cari signori si tratta di diritto inviolabile alla salute, sancito dalla costituzione! Se non fosse che l'argomento è scabroso da descrivere, verrebbe voglia di coinvolgere trasmissioni televisive che si occupano anche di sociale e malasanità come "Le Iene" o "Striscia la notizia" o "Report", per ottenere verità, coerenza e tutela!

In questo campo girano interessi enormi e strane accondiscendenze, tra quelli che idolatrano la Starr, quelli che la criticano ma poi non hanno il coraggio di esporsi, quelli che appena sentono la parola Starr pare che abbiano visto il demonio e non si prendono la responsabilità di reintervenire, quelli che fiutano un guadagno di rimbalzo, ecc.. Se avrà la cortesia di darmi il suo punto di vista attuale in qualità di Presidente Onorario SICCR o una versione il più possibile verosimile lo apprezzerò molto. Cordiali saluti.

27 Novembre 2011. Da Mario Pescatori alla Paziente…

Cara Signora,

1. la "verità sulla Starr"....difficile sapere la VERITÀ su molte cose di questo mondo... beato chi la conosce, io le confermo il mio scetticismo sulla Starr, basato sulla esperienza clinica personale (di molti casi falliti visti e un discreto numero rioperati) e basato su buona parte della letteratura ma più che essere contro la Starr sono contro gli *abusi* della Starr (come gli abusi di qualsiasi tecnica) e contro questi abusi parlo e scrivo da anni, come lei sa.

2. Ci sono colleghi che usano la Starr nell'altra società, la SIUCP (molti colleghi) e colleghi che la usano nella SICCR (non molti, ma ce ne sono) tuttavia non criminalizzi i chirurghi colorettali italiani... pensi che

a) il dr Naldini, della SIUCP, ha pubblicato le gravi complicanze della Starr sulla rivista Colorectal Disease nel 2011 (si trovano su internet, con buona pace di chi le nega)

b) il Prof. Basso della SICCR tiene per conto della società un osservatorio sulle complicanze dopo nuove tecnologie, da cui risulta che la Starr è ai primissimi posti come complicanze (questi dati da anni vengono presentati ai nostri congressi)

c) e ancora, diversi soci SICCR hanno pubblicato un articolo sulla Starr su Disease of Colon and Rectum (Gagliardi et al 2007, anche questo è su Pubmed), mettendo in evidenza l'alto numero di complicanze e reinterventi

d) la rivista ufficiale della SICCR, Techniques in Coloproctology, nel 2009 ha raccolto report di autorevoli chirurghi contro la disinformazione sulla Starr (un articolo del Corriere della Sera in cui un chirurgo la definiva intervento senza punti di sutura…)

3. le linee guida della SICCR sulla Starr... ritengo siano piuttosto benevole, ma questo è il mio parere personale (e quello di altri dirigenti) mentre la maggioranza del vecchio consiglio direttivo le ha approvate (per poi comunque oscurarle ai pazienti, il che è già qualcosa). Spero che il nuovo consiglio direttivo e l'editor del sito decidano di attenuare le affermazioni che lei riporta, ovvero che la "*Starr migliora la qualità di vita*", ed è "*sicura ed efficace*". Non perché non sia vero in certi casi, ma perché in altri non accade, per cui i pazienti che si operano di Starr sulla base di queste linee guida e che poi stanno male, possono fare causa al sito e alla SICCR. Spero che sia più serena in futuro e voglia confidare nel nostro appoggio. Le ho citato molti esempi di come facciamo un buon lavoro per i pazienti. Cordialmente

28 Novembre 2011. E-mail della Paziente …

Gent.mo Professore, intanto grazie per avermi dedicato un po' di tempo per una risposta.

Poi per quanto riguarda la verità si troverebbe se con buona volontà si facesse un vero censimento/osservatorio

su tutti i casi e se ne ricavassero delle statistiche, se no si continuerà in questa bolgia in cui ognuno dice quello che gli pare. La SIUCP si para dietro la famosa garanzia fornita dal Nice oppure legga qui il discorso di....

http://www.emorroidiestipsi.com/it/interviste/detail/187/3/378/22338/cura-delle-emorroidi-oltre-dieci-anni-di-vita-e-ol.html. Adesso viene citato anche questo Caspur *(Consorzio interuniversitario per le Applicazioni di Supercalcolo Per Università e Ricerca [NdR])*, sono affermazioni vere? Certo se vengono magari manipolati i dati o se gli studi si fanno su campioni falsati o truccati come qualcun altro di voi mi ha detto, la verità di sicuro non salta fuori. Gli studi artefatti vengono sostenuti anche in altri settori, proprio stasera a "Report" hanno fatto un'inchiesta sull'ambiguità della questione del cancro causato dai cellulari e pian piano ora sta emergendo la verità. Appunto perché conosco le pubblicazioni e le opinioni di molti di voi contrari alla Starr o ai suoi abusi come dice lei (punti a, b, c, d) e purtroppo mi sono dovuta ben documentare a posteriori su tutti gli articoli ed i lavori sull'argomento, trovo contraddittorio che sia poi così difficile mettere in pratica la vostra filosofia e stilare delle linee guida veritiere e trasparenti che dicano chiaramente come stanno le cose che lei mi ha citato e che già conoscevo, elencando tutti i rischi o mettendo in guardia sul fatto che se ad alcuni va bene, altri vengono invece storpiati. Guardi che comunque se temete cause legali ed avete oscurato il documento per questo, dovreste provvedere alla svelta a rivederlo, poiché il documento è in rete, si trova lo stesso con i motori di ricerca e c'è il vostro marchio oltre che quello di AIGO. Non credo ci voglia molto a riscrivere le frasi in modo corretto, sono passati ormai parecchi mesi.

Poi non pensa che sia fuorviante che un vostro socio dica a nome della SICCR che la stragrande maggioranza di voi usa la tecnica e minimizzi i rischi e che pur segnalandovi il fatto nessuno intervenga? Anche questo è contraddittorio. Allora che senso avrebbe che le società siano divise se alla fine la Starr la fate sia di qua che di là? Stragrande maggioranza è diverso che dire non molti. La gente non viene ai congressi ma legge i forum o i siti di divulgazione di massa e da lì trae informazioni e si fa operare di conseguenza. E' anche difficile trovare gli abstracts dei congressi quindi le litigate che fate o tutte le vostre dissertazioni rimangono fra voi.

C'è anche chi non ha una scolarizzazione sufficiente per spulciare su Pubmed e si affida alla rete ed a quei siti totalmente pilotati da chirurghi che enfatizzano e propagandano la Starr, dicendo che se va male si tratta di errori di valutazione o di esecuzione, cosa assolutamente falsa perché conosco gente operata dai più famosi "starristi" e che sta male. Ce ne sono vari di quei siti e forum e puntualmente leggo solo consulti e pareri che sponsorizzano la Starr senza un contraltare.

Come ho già detto se volete fare qualcos'altro di utile per i pazienti dovreste scendere in campo anche voi, "abbassarvi alla massa", non fosse altro che per stare al passo con tutta 'sta gente della SIUCP che dilaga ovunque e recluta pazienti. Per finire, se fosse capitato a qualcuno di voi quello che tocca a questi sfortunati pazienti credo che non sarebbe sereno, non trova? E comunque non si tratta di serenità ma di tutelarci e tutelare altra gente. La saluto e la ringrazio per i vari chiarimenti.

28 Novembre 2011. Da Vittorio Piloni

Personalmente, trovo giustificatissime le rimostranze della Paziente e ritengo che chi ha la responsabilità della pubblicazione del documento debba provvedere adeguatamente (attraverso le forme che riterrà più opportune con il consenso dei vari autori), oltre ovviamente ad una presa di posizione chiara e inequivocabile da parte della SICCR. Cordialmente

29 Novembre 2011. Dalla Presidenza SICCR alla Paziente

Gentilissima Sig.ra …, Le invio in allegato la risposta del presidente SICCR, e del vice presidente, unitamente alle loro scuse per il ritardo dovuto unicamente ai molteplici e comprensibili impegni del momento e non certo alla volontà di eludere una sua legittima richiesta di chiarimenti. Cordiali saluti, Segreteria Presidenza SICCR

(***NdR**: la Presidenza della SICCR ha chiesto di non pubblicare la propria risposta)*.

29 Novembre 2011. Dalla paziente…alla Presidenza SICCR

Grazie per la lunga risposta molto politically correct. Per chiudere la questione al di là di tante parole, paroloni e giri di parole tengo a specificare che ciò che leggo è ancora una volta in contraddizione con quanto viene detto a me e a molti altri alle visite in merito alla Starr e che "l'odore di eresia" non piace metterlo ufficialmente per iscritto ma a voce piace di più evidentemente. Ribadisco che non parlo come voce isolata ma c'è un'infinità di pazienti che magari non vi hanno scritto ma che sono nella mia stessa o simile situazione e ripeto, sono pieni i forum ed i siti divulgativi di massa dove voi non intervenite e non vi esponete. Sulla spaccatura delle due società le motivazioni che ho addotto ovviamente non sono farina del mio sacco perché fortunatamente all'epoca non avevo bisogno di interessarmi a queste diatribe, ma mi è stato detto da diversi di voi. Ora apprendo e prendo atto che le motivazioni erano più estese di un semplice disaccordo sulle cosiddette "*macchinette*". Poi per quanto riguarda il fatto di distinguere i contenuti specialistici da quelli divulgativi, peccato che altri file "linee guida" o altri di carattere medico si aprano tranquillamente, anzi per meglio dire, nel frattempo mi pare che per far compagnia al file "consensus statement" ne siano stati oscurati alcuni che prima non lo erano; nella sezione linee guida, http://www.siccr.org/index.php?pagid=linee_guida, sono stati oscurati tutti tranne gli ultimi due, sono sfuggiti forse, anche perché hanno la stessa valenza scientifica specialistica per non addetti ai lavori degli altri documenti linee guida, quindi andrebbero oscurati anche quelli per lo stesso principio. Vedete, la gente mediamente acculturata è in grado di leggere perfettamente la letteratura scientifica e spesso sono i pazienti che arrivano ad essere più aggiornati di molti medici. Da ultimo, che non esista una linea della SICCR sulla Starr o di qualsiasi altro organismo non è molto rassicurante perché chi deve operarsi si vota al padreterno a questo punto o tira una monetina. Io, ripeto, non sono nessuno ed ho un livello di cultura e di raziocinio medio, ma la cosa più logica che a chiunque verrebbe in mente è che per tirare le somme sulla bontà o meno di una procedura si debba creare un registro completo, si debbano raccogliere TUTTI i dati a disposizione, cartelle cliniche o quant'altro, incaricare magari istituti di ricerca affidabili ed indipendenti, mentre ora esiste una pletora di studi random e di lavori sull'argomento Starr, spesso contraddittori oltre che presumibilmente pilotati. Ma, come giustamente osservava qualcuno di voi che ci legge in copia, siamo in Italia. Non rubo più altro tempo né a voi né a me stessa dal momento che ho ben capito che non si ha nessuna intenzione di rivedere il documento *consensus statement* poiché al posto di frasi di maggiore impatto o più esplicite vi è sufficiente accompagnare affermazioni del tipo "*La Starr è una procedura in grado di migliorare significativamente la qualità di vita dei pazienti affetti da ODS da intussuscezione rettale o rettocele (p<.0001)[10] (LIVELLO II di evidenza, GRADO B di raccomandazione)*" con appunto un grado B che accontenta un po' tutti quelli del settore.

E tanto la gente comune non può leggerlo. Cordiali saluti.

Redazionale

Importante progresso nella gestione delle ampie ferite perianali e perineali

INTRODUZIONE

Nella gestione delle ferite che guariscono per seconda intenzione detergere e rimuovere le secrezioni è fondamentale per la guarigione. L'uso degli zaffi di garze normali o jodoformiche rappresenta, soprattutto nelle prime giornate postoperatorie, la soluzione più comunemente adottata.

In alternativa agli zaffi sono stati proposti lavaggi ("autolavaggi" se il paziente può eseguirli anche da solo), con acqua o soluzioni varie con o senza sostanze medicamentose, mediante doccia o apparecchi a getto pulsante. I farmaci detergenti o cicatrizzanti sono spesso considerati rimedi illusori. I prodotti a base di nucleotidi si sono dimostrati efficaci. Negli anni '80 una spugna di silicone automodellantesi sulle precise dimensioni della ferita fu proposta e molto ben accetta, ma presto venne ritirata per non aver soddisfatto i criteri di sicurezza a causa della tossicità del catalizzatore. Oggi l'utilizzo delle spugne biocompatibili monouso costituisce un importante progresso nella gestione delle ferite per seconda intenzione.

IL DISPOSITIVO ED IL METODO

La spugna biocompatibile monouso in poliuretano idrofilo (*) è indicata per la gestione delle ferite di estensione variabile per superficie e profondità, dopo che ne sia stata assicurata la perfetta emostasi con lo zaffo apposto in sala operatoria e sostituito nella prima ed eventualmente anche nella seconda giornata postoperatoria. La spugna dopo alcune ore di applicazione risulta intrisa di secrezioni a vario contenuto microbico che penetrano in ogni sua parte. La sostituzione della spugna nella ferita ogni 6-8 ore consente l'evacuazione frequente delle secrezioni sierose o fibrinose o purulente che vengono assorbite dalla spugna stessa e di conseguenza facilita il processo di granulazione del tessuto riparativo.

La spugna viene fornita in blocchetti sterili, inumiditi con soluzione fisiologica, di varie dimensioni, il maggiore in forma di parallelepipedo di 50x50x38 mm, la seconda di 50x50x25 mm e la terza di 50x25x25 mm (Fig. 1). Il medico modella la prima volta la spugna in base alle dimensioni della ferita tagliandola con le forbici in modo che vi sia il più possibile corrispondenza tra la forma del contenente e del contenuto e, con una pressione moderata, vi sia aderenza tra la spugna e le pareti della ferita. Il paziente successivamente potrà modellare in modo simile le altre spugne di dimensioni progressivamente minori accorgendosi che con il passare dei giorni l'introduzione diventa un po' più difficile, fastidiosa ma mai dolorosa. Una garza incerottata alla cute mantiene in posizione la spugna. Con un controllo settimanale o quindicinale il medico valuta l'efficacia della riduzione della spugna in base alle dimensioni della ferita, alla sua detersione e al tipo di tessuto di granulazione presente.

RISULTATI

L'ampio utilizzo delle spugne per la detersione delle ferite perianali e perineali in pazienti con ferite programmate per una guarigione per seconda intenzione dopo interventi di fistulectomia anale e di escissione di cisti parasacro-coccigee ha confermato l'utilità del metodo. Dall'introduzione del metodo nel 2007 i pazienti hanno costantemente espresso soddisfazione per l'applicazione delle spugne, soprattutto quelli che in precedenza avevano sperimentato i tediosi metodi tradizionali. La gestione delle ferite ne risulta facilitata e la guarigione avviene in tempi ottimali con piena soddisfazione dei medici e dei pazienti gratificati dall'aver evitato molte visite ambulatoriali per medicazioni spesso assai dolorose.

CONCLUSIONE

I vantaggi del metodo delle spugne biocompatibili monouso rispetto alle medicazioni tradizionali con lo zaffo o con i lavaggi consistono innanzitutto nel fatto che il cambio della spugna e quindi la medicazione della ferita può avvenire varie volte in un giorno, con una maggiore detersione della ferita stessa. Inoltre la procedura avviene con notevole vantaggio sul piano organizzativo, nella piena autonomia del paziente o dei suoi familiari rispetto alla struttura sanitaria che è chiamata solo ad effettuare controlli periodici. Infine la detersione frequente della ferite ne favorisce la guarigione abbreviandone i tempi.

Figura 1. – Spugna biocompatibile monouso in poliuretano idrofilo, di tre misure, per la gestione delle ferite che guariscono per seconda intenzione.

(*) SPONGY: spugna per autolavaggio e cicatrizzazione

SapiMed Spa - Alessandria (Italy) - www.sapimed.com - info@sapimed.com

DEBRIDAT®

Debridat trimebutina A03AA05

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE. DEBRIDAT 150 mg capsule molli. DEBRIDAT 50 mg/5 mL soluzione iniettabile. DEBRIDAT 72 mg/15 mL granulato per sospensione orale. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** *Capsule molli*. Una capsula contiene: principio attivo: trimebutina maleato mg 150. *Granulato per sospensione orale.* 100 g di granulato contengono: principio attivo: trimebutina base g 0,787. *Soluzione iniettabile.* Una fiala da 5 ml contiene: principio attivo: trimebutina maleato mg 50. **3. FORME FARMACEUTICHE.** Capsule molli, granulato per sospensione orale, soluzione iniettabile. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 INDICAZIONI TERAPEUTICHE.** - Colon irritabile; - disturbi funzionali della motilità gastro-esofagea; - atonia intestinale post-operatoria e preparazione agli esami endoscopici del tubo digerente (per le fiale). **4.2 POSOLOGIA E MODO DI SOMMINISTRAZIONE.** *Capsule molli.* 300-450 mg/die (pari a 2-3 capsule al giorno). L'uso delle capsule è consigliato negli adulti (vedere 4.4). *Granulato per sospensione orale.* ADULTI. In media 2-3 cucchiai da minestra al giorno. BAMBINI. 1 ml di sospensione ricostituita contiene 4,8 mg di trimebutina. Un cucchiaino da caffè convenzionalmente corrisponde a 5 ml (pari a 24 mg di trimebutina). *Fino a 6 mesi:* 36 mg/die suddivisi in tre somministrazioni corrispondenti a 2,5 ml (1/2 cucchiaino da caffè) 3 volte al giorno. *Da 6 mesi a 1 anno:* 48 mg/die suddivisi in 2 somministrazioni corrispondenti a 5 ml (1 cucchiaino da caffè) 2 volte al giorno. *Da 1 anno a 5 anni:* 72 mg/die suddivisi in 3 somministrazioni corrispondenti a 5 ml (1 cucchiaino da caffè) 3 volte al giorno. *Sopra i 5 anni:* 144 mg/die, suddivisi in 3 somministrazioni corrispondenti a 10 ml (2 cucchiaini da caffè) 3 volte al giorno. Modalità di preparazione. Per la preparazione estemporanea della sospensione orale, aggiungere acqua di fonte in varie riprese, finché, a sospensione completa del granulare, il livello del liquido raggiunga la linea di fede. Agitare il flacone prima di ogni somministrazione. *Soluzione iniettabile*. Chirurgia. 100-150 mg/die (2-3 fiale) per via intramuscolare o endovenosa; Diagnostica. 50-100 mg/die (1-2 fiale) per via iniettiva o per instillazione locale. La somministrazione endovenosa deve essere effettuata lentamente (3-5 minuti) (vedere 4.4). La soluzione non deve essere somministrata ai bambini sotto i 3 anni (vedere 4.3 e 4.4). **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Ileo paralitico e patologia ostruttiva dell'apparato gastrointestinale. Colite ulcerosa. Megacolon tossico. Bambini sotto i 3 anni (solo per la soluzione iniettabile) (vedere 4.2 e 4.4). Pazienti allergici alle arachidi o alla soia (solo per le capsule) (vedere 4.4) **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego.** Il farmaco non presenta rischi di assuefazione o dipendenza. Sono stati segnalati casi di ipotensione e lipotimie. Tali effetti, in genere, riguardano la via endovenosa e si manifestano ove si adoperino dosi singole superiori a 100 mg e l'iniezione venga effettuata troppo velocemente (vedere 4.8 e 4.9). L'impiego parenterale del prodotto deve avvenire sotto il diretto controllo del medico; in particolare l'iniezione endovenosa deve essere eseguita lentamente. Non vi sono da osservare particolari precauzioni nell'uso della trimebutina per via orale. L'uso delle capsule è consigliato negli adulti (vedere 4.2). *Soluzione iniettabile.* Per la presenza di alcool benzilico il prodotto per via parenterale non deve essere somministrato ai bambini al di sotto dei 3 anni (vedere 4.3). La soluzione iniettabile contiene *sodio cloruro*: da tenere in considerazione in persone con ridotta funzionalità renale o che seguono una dieta a basso contenuto di sodio. *Granulato per sospensione orale.* La sospensione contiene saccarosio; di ciò si tenga conto in pazienti diabetici e in quelli sottoposti a regimi dietetici ipocalorici. I pazienti affetti da rari problemi di intolleranza al fruttosio, da malassorbimento di glucosio-galattosio o da insufficienza di sucrasi isomaltasi, non devono assumere questo medicinale. Il *sodio metileparaidrossibenzoato* contenuto nella sospensione può causare reazioni allergiche (anche ritardate) (vedere 4.8). *Capsule molli*. Il *sodio etileparaidrossibenzoato* e il *sodio propileparaidrossibenzoato* contenuto nelle capsule possono causare reazioni allergiche (anche ritardate) (vedere 4.8). Questo medicinale contiene soia: non somministrare in pazienti allergici alle arachidi e alla soia (vedere 4.3). **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione.** Non sono state segnalate interazioni della trimebutina con altri farmaci specifici delle singole affezioni. **4.6 Gravidanza e allattamento.** Gli studi sugli animali non hanno evidenziato effetti teratogeni (vedere 5.3). Attualmente non esistono dati sufficienti ad avvalorare un effetto malformativo o fetotossico della trimebutina in caso di somministrazione durante la gravidanza. Si sconsiglia di assumere la trimebutina nel primo trimestre di gravidanza e durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** La trimebutina non altera la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati.** Raramente segnalati casi di reazioni cutanee. Il *sodio etileparaidrossibenzoato* e il *sodio propileparaidrossibenzoato* contenuto nelle capsule, e il *sodio metileparaidrossibenzoato* contenuto nella sospensione, possono causare reazioni allergiche (anche ritardate) (vedere 4.4). Con la somministrazione endovenosa sono state segnalate ipotensione e lipotimie (vedere 4.4). **4.9 Sovradosaggio.** L'esperienza sul deliberato sovradosaggio è molto limitata. Tuttavia, sono stati segnalati casi di ipotensione e lipotimie in seguito a somministrazione, per via endovenosa, di dosi singole superiori a 100 mg e nei casi in cui l'iniezione venga effettuata troppo velocemente (vedere 4.4). Non è noto un antidoto specifico. Come in tutti i casi di sovradosaggio, il trattamento deve essere sintomatico, adottando misure di supporto generiche. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. 5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Trimebutina: agonista dei recettori encefalinergici dell'apparato gastrointestinale. ATC: A03AA05. La trimebutina è una molecola di sintesi ad azione regolatrice della motilità del tubo digerente. *Meccanismo d'azione.* Le indagini sul meccanismo d'azione hanno dimostrato che l'effetto fondamentale della trimebutina consiste nella normalizzazione delle modalità e della velocità del transito gastro-intestinale. Il Debridat è pertanto indicato nelle condizioni patologiche funzionali nelle quali sia necessario ricondurre alla norma una alterata motilità. Il farmaco è privo, di norma, di effetti anticolinergici. **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** Studi con la molecola marcata hanno dimostrato una impregnazione elettiva in quelle zone dell'apparato gastroenterico in cui sono presenti i plessi nervosi autonomi di Meissner ed Auerbach. Distribuzione. L'impregnazione è rapida e durevole (dopo un'ora è massima a livello esofageo, dopo tre ore a livello gastrico e dopo sei ore al livello intestinale, tenue e crasso). Eliminazione. La molecola viene eliminata sotto forma di vari metaboliti attraverso le urine in ragione dell'85% entro 24 ore dalla somministrazione. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** I dati sull'animale sperimentale non rivelano rischi particolari per l'uomo sulla base di studi convenzionali di sicurezza, tossicità a dosi ripetute, genotossicità, potenziale cancerogeno, tossicità riproduttiva. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Lista degli eccipienti.** *Capsule molli.* Eccipienti: olio vegetale FU, olii vegetali parzialmente idrogenati, cera d'api, lecitina di soia, olio di soia idrogenato, gelatina, glicerolo, sodio etileparaidrossibenzoato, sodio propileparaidrossibenzoato, titanio biossido. *Granulato per sospensione orale*. Eccipienti: sodio metilparaidrossibenzoato, aroma arancia polvere, saccarosio. *Soluzione iniettabile*. Eccipienti: alcool benzilico, cloruro di sodio, acqua per preparazioni iniettabili. **6.2 Incompatibilità.** *Soluzione iniettabile*. Poiché sono note incompatibilità verso vari farmaci (diidrostreptomicina, bipenicillina, pentosorbital sodico etc.) che si manifestano con un precipitato che rende la soluzione iniettabile non adatta alla somministrazione, si raccomanda di non aggiungere altri farmaci alla fiala. **6.3 Periodo di validità.** *Capsule molli e granulato per sospensione orale*: 5 anni. *Soluzione iniettabile*: 30 mesi. La sospensione ricostituita deve essere utilizzata entro 20 giorni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione.** *Soluzione iniettabile*: conservare a tra +2 °C e + 8 °C. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** DEBRIDAT 150 mg capsule molli – Astuccio da 20 capsule € 10,10. DEBRIDAT 50 mg/5 mL soluzione iniettabile – Astuccio da 5 fiale da 5 ml € 8,15. DEBRIDAT 72 mg/15 mL granulato per sospensione orale – Flacone da 250 ml di sospensione estemporanea € 10,10. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Sigma-Tau Industrie Farmaceutiche Riunite S.p.A. Viale Shakespeare, 47 - 00144 Roma. Stabilimento: Via Pontina km. 30,400 Pomezia (Roma). Concessionaria per la vendita: BIOFUTURA PHARMA S.p.A. Via Pontina km 30,400 – 00040 Pomezia (Roma). **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** 150 mg capsule molli. AIC n. 022934032. 50 mg/5 mL soluzione iniettabile. AIC n. 022934020. 72 mg/15 mL granulato per sospensione orale AIC n. 022934044. **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** Autorizzazione: capsule molli: Ottobre 1974. Granulato per sospensione orale, soluzione iniettabile: Gennaio 1974. Rinnovo: Giugno 2005. **10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO.** Novembre 2007. **11. EVENTUALE TABELLA DI APPARTENENZA D.P.R. 309/90.** Non soggetto. **12. REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO.** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

S.T. 136

Titolare A.I.C.: DEFIANTE FARMACÊUTICA, Lda
Concessionaria per la vendita: BIOFUTURA PHARMA S.p.A.

biofutura
gruppo sigma-tau

Depositato presso il Ministero della Salute in data 5/11/2003

DEBRIDAT®

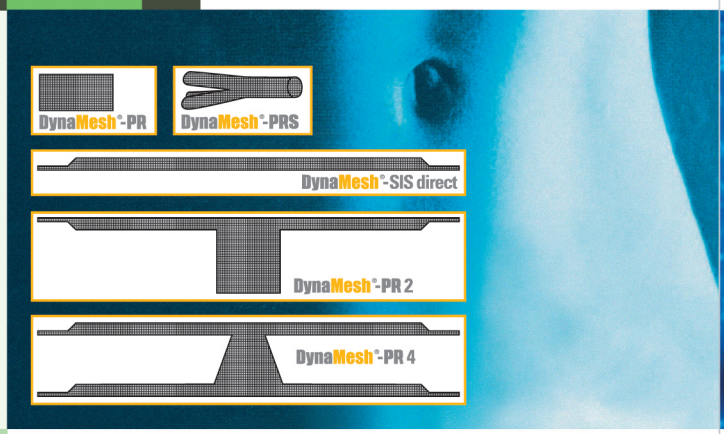
Debridat trimebutina A03AA05

Titolare AIC
SIGMA TAU
Industrie
Farmaceutiche
Riunite S.p.A.

Concessionaria
per la vendita

biofutura
biofutura pharma S.p.A.
gruppo sigma-tau

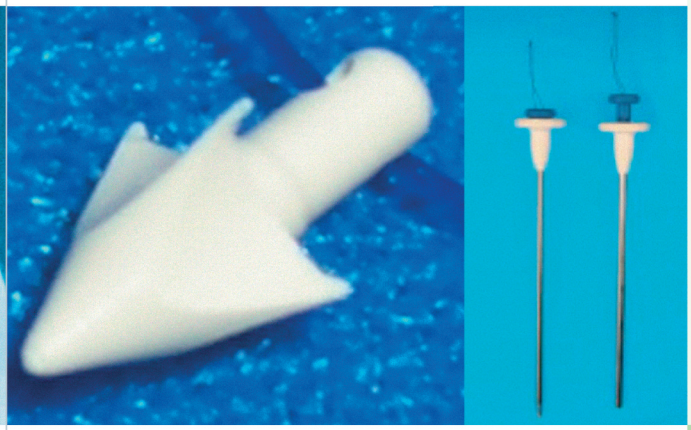
DynaMesh®-PR



Reti Chirurgiche
per Ricostruzione
del Pavimento Pelvico

100% PVDF

CONTASURE ANCHORSURE



Nuova tecnologia minimamente invasiva
per la riparazione del pavimento pelvico
con ancoraggio regolabile.

neomedic international
The Continence Company

PER INFORMAZIONI:
Distrex
PARTNER IN CHIRURGIA

Via P. Donà, 9 • 35129 Padova
Tel. 049/775522 • Fax 049/8073996
www.distrex.it • e-mail: infodistrex@distrex.it

**SISTEMA DI MONITORAGGIO
DELLA FUNZIONE CARDIACA E DELLO STATO DEI FLUIDI
METODICA MINI-INVASIVA
CON SONDA DOPPLER ESOFAGEA**

Risposta in tempo reale alle variazioni
delle condizioni cliniche del paziente.

Visualizzazione, battito su battito,
dei parametri critici del paziente,
inclusi valori di precarico,
contrattilità e postcarico.

Trattamento rapido e mirato dei fluidi.
Ottimizzazione della gittata sistolica e cardiaca.
Riduzione delle complicanze post-chirurgiche.

Medival

Medica Valeggia S.p.a.
Via P. Donà, 9 - 35129 Padova - Italy
Tel. +39/049-775477 r.a. Fax +39/049-775884
www.medival.it e-mail: marketing@medival.it

Sistema Qualità certificato
UNI EN ISO 9001 CSQ
UNI EN ISO 13485 CSQ MED